

# Resiliens hos barn av psykisk syke

*Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid?*

Sadina Džananović



Masteroppgave i Pedagogikk  
Institutt for Pedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015



# **Resiliens hos barn av psykisk syke**

Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid?

© Sadina Džananović

År: 2015

Tittel: Resiliens hos barn av psykisk syke

Forfatter: Sadina Džananović

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**TITTEL:**

Resiliens hos barn av psykisk syke: Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid?

**AV:**

Sadina Džananović

**EKSAMEN:**

Masteroppgave i Pedagogikk

Studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning

Vår 2015

**STIKKORD:**

Barn av psykisk syke

Psykiske lidelser

Resiliens

Resiliensforskning

Beskyttelsesfaktorer

**PROBLEMOMRÅDE**

Forskning fra Folkehelseinstituttet fremviste et stort antall barn som vokser opp med foreldre som har en form for psykiske lidelser. For å kunne hjelpe disse barna er det viktig å vite hvilken risiko som er knyttet til en slik livssituasjon. Intensjonen med denne oppgaven er å belyse hvordan psykiske lidelser hos foreldre innvirker på deres barn og presentere teori om resiliens og tiltak som kan virke helsefremmende hos barn i risiko. Temaet er særlig relevant

grunnet en økt satsing fra politiske hold når det kommer til barns psykisk helse, blant annet gjennom ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008”. Målsettingen i planen var å sette inn forebyggende tiltak i situasjoner hvor barn og unge befinner seg. For å utvikle tiltak foreslås det blant annet mer forskning omkring resiliens. Resiliens handler om hvorfor noen klarer seg bra til tross for store belastninger. Resiliensforskning tar sikte på å identifisere beskyttende faktorer som bringer individet i en retning mot god helse og som kan virke beskyttende i risikosituasjoner, noe det å vokse opp med psykisk syke foreldre kan være. Å bruke slik kunnskap i utvikling av forebyggende tiltak og intervensjoner har vist seg å være effektivt, samt at det er mindre kostbart for samfunnet å sette inn forebyggende tiltak før, enn en eventuell behandling etter at sykdommen har utviklet seg.

Problemstillingen er derfor som følger; *Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid?*

## **METODE**

For å belyse temaet og besvare problemstillingen har jeg brukt litteraturstudie som metode. I den sammenheng har jeg samlet inn, vurdert og tolket forskning og foreliggende tekster på området. Det har blitt brukt allerede eksisterende teori og empiri på området, for det meste internasjonale, men også nasjonale for å knytte det opp mot norske forhold og for at oppgaven skal ha en praktisk betydning. Litteraturen i denne oppgaven vil hovedsakelig være hentet fra Universitetsbibliotekets database.

## **DATA/KILDER**

Framstillingene og tolkningene i denne oppgaven bygger på originallitteratur fra fagfelt som psykologi, pedagogikk og psykiatri. I tilfeller hvor det ikke har latt seg gjøre å spore opp originallitteratur, har jeg supplert med sekundærlitteratur. Litteraturen jeg har brukt er hovedsakelig bøker, artikler, tidsskrifter samt rapporter og internettsider. I redegjørelsen for psykiske lidelser har diagnosemanualene DSM-5 og ICD-10 blitt brukt, samt andre viktige forskere innen psykiatrien. Innen resiliensforskningen har viktige bidragsytere som Rutter, Garmezy, Masten, Luthar, Werner, Smith og ikke minst Antonovsky, blitt brukt. I tillegg har jeg brukt norske forskere på området som Borge, Waaktaar, Christie, Torvik og Rognmo for å kunne generalisere funnene til norske forhold.

## **HOVEDKONKLUSJONER**

En høy forekomst av psykiske lidelser blant befolkningen medfører at et stort antall barn vokser opp i hjem hvor foreldre har psykiske lidelser. Gjennom forskningen er det godt dokumentert at disse har en forhøyet risiko for å utvikle en rekke negative utfall, blant annet psykiske lidelser. Hvor påvirket barna vil være av foreldres psykiske lidelser vil imidlertid avhenge av kumulative risikofaktorer som alvorlighetsgrad og varighet, foreldrefungering, ekteskapelig fungering og ikke minst barnets alder. Likevel er det stor variasjon når det gjelder konsekvenser, og mange av barna klarer seg forholdsvis bra til tross for eksponeringen av risikoen det kan medføre å vokse opp med psykisk syke foreldre. Dermed kan man si at psykiske lidelser hos foreldre ikke er ensbetydende med skjevutvikling hos deres barn. Selv om risikoen for å utvikle psykiske lidelser kan være genetisk betyr det ikke at miljøet ikke spiller noen rolle, og at man ikke kan forebygge utviklingen av disse. Ved å redusere risikofaktorer både i antall og i styrke, og ta sikte på å fremme beskyttelsesfaktorer kan man altså hindre en negativ utvikling. En slik tankegang er sterkt argumentert i resiliensforskningen.

Resiliens er prosessen hvor individet viser en tilfredsstillende tilpasning til tross for eksponeringen av risiko. Fenomenet resiliens utvikles gjennom et komplekst samspill mellom barnets individuelle egenskaper og egenskaper i miljøet. I lys av den salutogenetiske orienteringen, fokuserer også resiliensforskningen på faktorer som fremmer god helse. Blant disse har det særlig blitt trukket fram beskyttende faktorer i individet, familien og det større miljøet. Det er veldokumentert gjennom forskning, blant annet gjennom Kauai-studien at de viktigste individuelle beskyttelsesfaktorene er temperament og sosial kompetanse. Videre er foreldrefungering en viktig faktor, samt støttende signifikante andre og venner. Hovedfokuset i denne oppgaven er hvorfor noen barn klarer seg godt til tross for store belastninger. Dette forklares gjennom Antonovskys begrep ”Sense of Coherence”, en opplevelse av sammenheng. At barn av psykisk syke foreldre opplever livssituasjonen som forståelig, håndterlig og ikke minst at den gir mening, kan altså gi en opplevelse av sammenheng. En slik forklaring kan gi en bedre forståelse til hva som gjør at mange av disse barna overkommer risikoen og opplever en tilfredsstillende tilpasning til tross for en belastninger.

Resiliensforskningen har gitt oss et viktig bidrag når det gjelder kunnskap på hvordan man skal hjelpe barn i risiko samt at den gir viktige implikasjoner på forebyggende arbeid i praksis. ”Tidlig innsats” er en viktig strategi som ble foreslått av Kunnskapsdepartementet

(2010-2011). I den sammenheng er målet å fange opp barn i risiko så tidlig som mulig for å hindre en negativ utvikling. For å kunne sette inn tiltak, er det imidlertid viktig å identifisere hvem som er i risiko og redusere risikofaktorer i deres livssituasjon. I tilfeller hvor det er vanskelig å eliminere risikofaktorer, eksempelvis psykiske lidelser, rusproblemer og dårlig økonomi kan man ta sikte på å fremme positive kjedereaksjoner. I den sammenheng er det viktig å styrke barnas personlige egenskaper og deres tro på egne mestringer (self-efficacy), samt styrke tilgjengelige relasjoner i barnets miljø, da alle disse har vist seg å kunne bidra til utviklingen av resiliens.





# Forord

Forklaringen på hva som bidrar til at noen mennesker klarer seg til tross for store belastninger i livet, har i lang tid undret meg. Min interesse for temaet resiliens ble for første gang vekket gjennom min bachelor hvor jeg tok innføringsfag på psykologisk institutt. Da jeg skulle velge tema for bacheloroppgaven, falt valget naturligvis på resiliens. Å skrive en bacheloroppgave var ikke nok til å dekke min da enda større nysgjerrighet på temaet, og derfor var valget desto lettere når jeg skulle bestemme meg for tema for masteroppgaven. Å skrive masteroppgave har vært litt av en reise, på godt og vondt. Likevel ville jeg ikke vært foruten denne reisen. Jeg sitter inne med mye kunnskap om et tema jeg lenge har interessert meg for. Ikke minst sitter jeg igjen med et produkt som jeg er stolt av, og som jeg mener er verdt all innsats og frustrasjon som det har krevd.

Jeg vil gjerne takke alle som har bidratt og gjort det mulig for meg å fullføre dette løpet. En stor takk går til min veileder Stein Erik Ulvund, som har vært inspirerende og gitt nyttige tilbakemeldinger, samt faglig trygghet hele veien. Jeg vil også takke medstudenter og venner. Sist men ikke minst vil jeg takke Adnan som har holdt ut med meg denne perioden, og min kjære familie som har støttet og heiet på meg hele veien. Uten dere hadde ikke dette vært mulig. Dere er best!

Tusen takk!

Blindern, Mai, 2015

Sadina Džananović



# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Temaets relevans .....	2
1.2	Problemstilling .....	3
1.3	Metode.....	3
1.4	Gangen i oppgaven.....	4
2	Psykiske lidelser.....	6
2.1	Klassifisering.....	6
2.1.1	Depresjon .....	7
2.1.2	Angst .....	8
2.2	Betydningen av arv og miljø .....	9
2.2.1	En genetisk forklaring .....	9
2.2.2	En sosiokulturell forklaring.....	10
2.3	Forklaringsmodell for utvikling av psykiske lidelser.....	11
2.4	Sårbarhetsmodellen .....	12
2.5	Oppsummering .....	13
3	Konsekvenser for barn av psykisk syke .....	14
3.1	Depresjon .....	15
3.2	Angst .....	17
3.3	Utdypende om risikofaktorer .....	18
3.3.1	Alvorlighetsgrad og varighet.....	19
3.3.2	Kvaliteten på foreldrefunkseringen .....	20
3.3.3	Ekteskapelig fungering.....	22
3.3.4	Barnets alder.....	23
3.4	Oppsummering .....	24
4	Resiliens- Barnets tilpasning.....	26
4.1	Resiliensforskning.....	26
4.1.1	Project Competence.....	27
4.1.2	Forholdet mellom patogenese og salutogenese .....	28
4.2	Definisjonsproblematikk .....	29
4.2.1	Resiliens definert.....	30
4.3	Tilfredsstillende tilpasning.....	31

4.3.1	Risiko og belastning .....	31
4.3.2	”Å klare seg godt”? .....	32
4.4	Kauai-studien .....	33
4.4.1	Hva kjennetegnet de resiliente barna? .....	35
4.5	Beskyttelsesfaktorer .....	36
4.6	Individuelle beskyttelsesfaktorer .....	37
4.6.1	Temperament .....	37
4.6.2	Sosial kompetanse .....	39
4.7	Familiemessige beskyttelsesfaktorer .....	40
4.7.1	Foreldrefungering .....	40
4.8	Nettverket som beskyttelsesfaktor .....	41
4.8.1	Signifikante andre .....	42
4.8.2	Venner og jevnaldrende .....	42
4.9	Oppsummering .....	43
5	Den salutogenetiske modell .....	44
5.1	The ”Sense of Coherence” SOC .....	45
5.1.1	Forståelighet .....	46
5.1.2	Håndterbarhet .....	47
5.1.3	Mening .....	48
5.2	Noen kommentarer til SOC .....	49
5.3	Oppsummering .....	51
6	Resiliens- implikasjoner for praksis .....	53
6.1.1	Resiliens, et paradigmeskifte? .....	54
6.2	Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) .....	55
6.2.1	PPT i et patogenetisk perspektiv? .....	56
6.3	Fra teori til handling .....	57
6.4	Redusere negative kjedereaksjoner .....	60
6.4.1	Tidlig innsats .....	61
6.4.2	Identifisere barn i risiko .....	62
6.4.3	Reduksjon av risikofaktorer .....	63
6.5	Fremme positive kjedereaksjoner .....	64
6.5.1	Personlige egenskaper .....	65
6.5.2	”Self- efficacy” .....	65

6.5.3	Styrke tilgjengelige relasjoner.....	67
6.6	Implikasjoner for framtidig forskning.....	68
6.7	Oppsummering.....	70
7	Trådene samles.....	71
	Litteraturliste.....	75
	Vedlegg.....	86

# 1 Introduksjon

Helsedirektoratet presenterte i 2011 en rapport med helt ferske tall på hvor mange barn i Norge som vokser opp med en eller begge foreldre med psykiske lidelser. Det anslås at over 410 000 barn tilhører familier hvor én eller begge foreldre utviser en form for diagnostiserbar psykisk lidelse, og hele 260 000 barn lever med foreldre i kategorien ”moderat eller alvorlig” psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011). Psykiske lidelser er naturligvis et familieanliggende, og når ett medlem av familien rammes av psykiske lidelser kan det ha en innvirkning på resten av familiemedlemmene. I tillegg er det veldokumentert at barn av psykisk syke foreldre selv er i en forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser eller andre psykososiale forstyrrelser (Rutter & Quinton, 1984; Feldman, Stiffman & Jung, 1987; Mevik & Trymbo, 2002). Dermed vil foreldres psykiske lidelse kunne utgjøre en risikofaktor for barnet. Det kan være flere årsaker til nettopp dette, men trolig er det flere komplekse og sammensatte faktorer som spiller inn. Det er imidlertid stor variasjon med hensyn til hvilke konsekvenser det har for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Alvorlighetsgraden samt andre kumulative risikofaktorer rundt foreldres lidelse, deres fungering og sist men ikke minst miljøet rundt, vil være av betydning for hvor påvirket barnet vil være (Borge, 2010). Likevel vil det å vokse opp med en eller to foreldre som har psykiske lidelser kunne føre til disharmoniske forhold i familien og ikke minst endringer i familiestrukturen, noe som åpenbart kan utgjøre en trussel for barnets psykososiale fungering.

Til tross for presentasjonen av skremmende tall fra Helsedirektoratet, viser også rapporten at mange av disse barna klarer seg forholdsvis bra. Flesteparten av disse barna viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg godt til tross for belastningene foreldres psykiske lidelse kan medbringe. Hvorvidt disse barna klarer seg bra eller ikke, avhenger av eksponeringen av risikofaktorer og fenomenet *resiliens*. Resiliensforskning er en gren av epidemiologisk risikoforskning hvor man arbeider for å kartlegge effekten ulike stressfaktorer kan ha på individets utvikling, og resiliens er et fenomen av positiv tilpasning i konteksten av signifikant risiko eller motgang (Masten & Powell, 2003). Risiko derimot, er en fellesbetegnelse på flere faktorer som truer menneskers normalutvikling og danner grunnlag for negative utfall. Gjennom resiliensforskningen har man identifisert en rekke faktorer som virker beskyttende på barn i risiko. Trolig er det flere sammensatte og komplekse faktorer som spiller inn, og nødvendigheten for å kategorisere disse har vært stor. Blant disse inngår *individuelle, familie og miljømessige* faktorer.

## 1.1 Temaets relevans

Selv om de overnevnte tallene viser en stor andel av befolkningen som lider av psykiske lidelser og hvor mange barn som har dette som sin hverdag, kan det fortsatt *tabu* i vårt samfunn. Særlig har barns psykisk helse generelt fått liten oppmerksomhet og det kan være flere grunner til dette. Torvik og Rognmo (2011) redegjør for at barn av psykisk syke, ofte kalt "*de usynlige barna*", kan komme i bakgrunnen for sine syke foreldre og på denne måten ikke blir fanget opp av systemet. De senere årene har det imidlertid blitt en økt satsing fra politiske hold når det gjelder barn og unges psykiske helse, blant annet i St.meld. nr. 63 gjennom satsingen av "*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-98). Det anerkjennes blant annet at de fleste kommunale planene som tidligere har vært gjennomgått, ikke omfatter denne risikogruppen og at formålet med satsingen er å sette inn forebyggende tiltak der barn og unge befinner seg. I utformingen av forebyggende tiltak trenger man imidlertid økt kjennskap til hva som bidrar til, og hva som kan virke forebyggende når det gjelder utviklingen av god helse. Kunnskap fra resiliensforskning kan være et verdifullt bidrag innen forebyggingsfeltet og utviklingen av tiltak som kan virke forebyggende for barn som er utsatt for risiko. I strategiplanen for barn og unges psykiske helse redegjøres det for blant annet at det er stort behov omkring resiliensforskning, da særlig beskyttelsesfaktorer og hva som bidrar til vellykket tilpasning (Helsedepartementet, 2003). Å forebygge utviklingen av problemer er i følge Torvik & Rognmo (2011) både menneskelig viktig, men også økonomisk lønnsomt.

Min nysgjerrighet omkring fenomenet resiliens oppsto da jeg tok innføringsfag på Psykologisk Institutt gjennom min bachelor i pedagogikk. Resiliens er et begrep i full blomstring innen psykologi, men relativt nytt innen pedagogikken. Jeg ønsker mer kunnskap på området, og derfor falt valget naturligvis på temaet resiliens i denne masteroppgaven. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan man kan bruke kunnskap fra resiliensforskningen i forebyggende arbeid og praksis for barn i risiko. Denne oppgaven vil dermed belyse hva fenomenet resiliens er, og hvordan kunnskap om beskyttelsesfaktorer kan bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever en tilfredsstillende tilpasning. Det vil være høyst nødvendig med kunnskap på dette område, da resiliens nettopp beskjeftiger seg med hva som bidrar til normal tilpasning under vanskelige forhold. Jeg mener også at kunnskap på dette området vil være til stor nytte for flere yrkesgrupper og fagfolk. Særlig mener jeg at slik kunnskap vil



gjøre seg svært gjeldende på mitt fagområde og i Pedagogisk-Psykologisk tjeneste, hvor man møter et bredt spekter barn med varierte belastninger og behov.

## 1.2 Problemstilling

Den overordnende problemstillingen lyder som følger;

*”Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid”?*

Jeg kommer i denne oppgaven til å bruke betegnelsen ”psykiske lidelser” om tilstander som kvalifiserer for en diagnose i diagnosemanualene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) og *International Classification of Diseases* (ICD). Da psykiske lidelser er innebærer et bredt spekter lidelser og tilstander, har jeg begrenset meg til å fokusere på henholdsvis depresjon og angst. Når det refereres til psykiske lidelser er det først og fremst disse to lidelsene det da refereres til. Siden oppgaven omhandler barn av foreldre med psykiske lidelser, innebærer dette at minst *én* eller *begge* foreldrene har en psykisk lidelse. Når det gjelder betegnelsen ”barn av psykisk syke” refereres det først og fremst til barn som har til felles at én eller begge foreldre har en psykisk lidelse.

## 1.3 Metode

Jeg og min veileder Stein Erik Ulvund kom sammen fram til at en litteraturstudie ville være det mest fornuftige, grunnet knappe tidsrammer. En litteraturstudie tar utgangspunkt i allerede eksisterende teori på området, samt at det gir en mulighet til å se hvor det er behov for mer. En slik måte å jobbe på stiller krav til at man er kritisk og grundig i søken etter kilder og litteratur. Da temaet mitt er svært omfattende, men også forholdsvis nytt innen forskningen, vil en teoretisk tilnærming gi en god mulighet for meg til å sette meg inn i, men også å forstå det komplekse fenomenet resiliens. For å belyse problemstillingen vil jeg benytte meg av aktuell teori og foreliggende empiri på området, noe som stiller et krav til kildekritikk. I framstillingen av litteratur og empiri, kommer jeg hovedsakelig til å benytte meg av originallitteratur men supplere med noe sekundærkilder, dette i tilfeller hvor originallitteratur ikke kunne oppspores. Kildene i oppgaven vil for det meste være internasjonale, men jeg kommer også til å supplere med noe norsk forskning, dette for å knytte det opp mot norske

forhold. Litteraturen jeg benytter meg av er hentet fra universitetsbibliotekets database som hovedsakelig er gjennomført i andre land, men kan trolig generaliseres til norske forhold. Det råder imidlertid usikkerheter når det gjelder å ha et metodekapittel når man skriver en litteraturstudie, men i samråd med min veileder kom vi fram til at dette ikke er nødvendig, og dermed vil ikke denne oppgaven inneholde et metodekapittel.

## 1.4 Gangen i oppgaven

Oppgaven består av totalt 7 kapitler. Kapittel to og tre er et bakteppe for resten av oppgaven. Disse kapitlene omhandler psykiske lidelser hos foreldre, og hvilke konsekvenser det kan ha for barn som vokser opp med foreldre som har depresjon eller angst. Siden oppgaven min handler om at barn har klart seg til tross for risiko og belastninger vil naturligvis de to neste kapitlene omhandle en grundig fremstilling av fenomenet resiliens og beskyttelsesfaktorer. Til slutt vil jeg i lys av teori redegjøre for hvordan man kan bruke kunnskapen om resiliens i pedagogisk psykologisk praksis.

*Kapittel 2* er en fremstilling av psykiske lidelser. Da psykiske lidelser består av et bredt spekter og tilstander, har jeg i denne oppgaven valgt å fokusere på de to vanligste psykiske lidelsene depresjon og angst. Her vil jeg gå nærmere inn på hva som kjennetegner disse samt forklaringen for deres epidemiologi. Kapittelet avsluttes med arv- og miljøets betydning, samt modeller som forklarer utviklingen av psykiske lidelser.

*Kapittel 3* vil omhandle hvilke konsekvenser foreldres psykiske lidelser som depresjon og angst, kan ha for deres barn. Her vil jeg gå nærmere inn på mulige konsekvenser og risikofaktorer som foreldres tilstand kan medføre. Siden oppgaven handler om barn som klarer seg godt til tross for å vokse opp med foreldre som har en form for psykisk lidelse, kommer jeg ikke til å gå i dybden på mulige utviklingsforstyrrelser hos barna, men disse kommer til å bli nevnt.

*Kapittel 4* vil ta for seg en grundig presentasjon av fenomenet resiliens. Her vil jeg bruke begrepet resiliens på generell basis. Kapittelet vil starte med en presentasjon av det tidligere synet på helse, den patogenetiske orienteringen. Før jeg beveger meg inn på presentasjonen av resiliens vil jeg først å introdusere den salutogenetiske orienteringen som et mulig alternativ. I dette kapittelet kommer jeg til å presentere Kauai-studien, som er en studie som i stor grad har preget resiliensforskningen. Til slutt vil jeg gjøre rede for beskyttelsesfaktorer som har vist

seg å være særlig gjeldende for barn i risiko; *individuelle, familie- og miljømessige* faktorer. Beskyttelsesfaktorene som blir redegjort for her, har også blitt identifisert i Kauai-studien.

*Kapittel 5* vil ta for seg hvordan beskyttelsesfaktorer fungerer, knyttet til barn av psykisk syke foreldre. Jeg har valgt å bruke Antonovskys begrep "*Sense of Coherence*" (SOC), som står sentralt knyttet til forståelsen av hva som bidrar til at noen klarer seg bra i møte med psykiske og fysiske påkjenninger. Modellen dreier seg i hovedsak om tre komponenter; *forståelighet, håndterbarhet og mening*.

*Kapittel 6* vil ta for seg hvordan kunnskap om resiliens kan være til nytte i praksis arbeid, henholdsvis i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Her vil det også blir redegjort for hvordan man kan bruke slik kunnskap i forebyggende arbeid. Kapittelet vil ikke fungere som en oppskrift, men heller som idéer til hvordan man kan styrke resiliens hos barn i risiko.

*Kapittel 7* vil være en oppsummering av oppgavens viktigste punkter, dens formål og en avslutning. Her kommer jeg til å vise hva jeg har gjort, hvordan jeg har gått fram, hva jeg har kommet fram og eventuelle konklusjoner jeg trekker.

Til slutt følger en litteraturliste som kvalitetssikrer mitt arbeid av oppgaven, og som kan veilede leseren til en mer utdypende lesing.

## 2 Psykiske lidelser

Et av de største helseproblemene i dagens samfunn er psykiske lidelser. De er viktige grunnet stor utbredthet blant befolkningen, varighet og de alvorlige konsekvensene de medbringer for den syke, og ikke minst den belastning de har for familien og samfunnet (Weisæth, 2000). Det estimeres at over halvparten av befolkningen i Norge vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Angstlidelse og depresjon representerer en av de vanligste gruppene psykiske lidelser i Norge, sammen med alkoholavhengighet/misbruk (Mykletun & Knudsen, 2009).

Innledningsvis ble det presentert et stort antall barn som vokser opp med psykisk syke foreldre knyttet til norske forhold (jfr. 1). Imidlertid må man også ta stilling til at det å ha en psykisk lidelse fortsatt kan være skambelagt for mange, noe som medfører at mange vegrer seg for å søke hjelp. Det må derfor tas i betraktning at det finnes mange mørketall når det kommer til psykiske lidelser. Likevel ser det ut til å være realistiske tall som presenteres, da dette samstemmer med funn fra andre land.

### 2.1 Klassifisering

Det foreligger en psykisk lidelse når tilstanden tilfredsstiller kriteriene i diagnosesystemene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) og *International Classification of Diseases* (ICD). Den førstnevnte manualen er utgitt av American Psychiatric Association (APA) mens den andre forvaltes av World Health Organization (WHO). Begge diagnosemanualene inneholder systematiserte oversikter over kriterier som brukes for å diagnostisere psykiske lidelser. I Norge settes psykiske diagnoser etter kriteriene i det internasjonale klassifiseringssystemet (ICD), men DSM brukes som et supplement.

Begge diagnosesystemene viser til at det er vanskelig å definere psykiske lidelser da disse ikke er en homogen gruppe, men varierer i både form og alvorlighetsgrad, i tillegg til at de dekker mange ulike tilstander. Kvælle (2010) redegjør for at psykiske vansker omfatter alle symptomer på psykisk ubehag eller psykisk fungering. Eksempelvis nevner han det å være trist og nedfor, være nervøs med løs mage og stiv nakke som konsekvenser. Det er når symptomene danner visse mønstre av en viss alvorlighetsgrad som skaper vansker og ubehag for individet og/eller for andre i dets nærvær, at det er en økt sannsynlighet for at man har en psykisk lidelse. Fra et generelt standpunkt defineres psykiske lidelser som mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra sosiale og kulturelle normer og som medfører lidelser

og belastninger (Torvik og Rognmo, 2011). Begrepet psykiske lidelser er dermed et paraplybegrep som omfatter en bred samling av tilstander som kan variere i uttrykk, årsaker og konsekvenser. Psykiske lidelser blir som regel kategorisert ut fra om tilstanden er mild, moderat eller alvorlig, noe som impliserer at ikke alle psykiske lidelser nødvendigvis er alvorlige og trenger å utgjøre en risiko for andre i individets omkrets (DSM-5, 2013; ICD-10, 2015). De mest vanlige og utbredte psykiske lidelsene er angst og depresjon (Hankin & Abela, 2005; Kringlen, 2011). Denne oppgaven kommer dermed til å fokusere på disse to lidelsene da disse er de mest vanlige psykiske lidelsene blant befolkningen i Norge, men også siden de kan utgjøre en risiko for barns psykososiale utvikling.

### **2.1.1 Depresjon**

Depresjon er blant den mest utbredte tilstanden når det gjelder psykiske lidelser, og det er særlig den høye prevalensen av depresjon som har skapt økt bekymring. Det estimeres at etter hjerte- og karsykdommer vil depresjon i 2020 utgjøre en av de største helseproblemene i verden (Weisæth, 2000). Depresjon er en multifaktorial lidelse som påvirker individets emosjoner, tanker, atferd, mellompersonlige forhold, fysisk og ikke minst psykisk fungering, og kan være svært belastende for den som opplever det (Hankin & Abela, 2005). Vanlige symptomer ved depresjon kan blant annet være endret stemningsleie og tristhet, tap av interesse, isolasjon og tilbaketrekning. I tillegg kan individet oppleve følelse av verdiløshet og skyld, og i verste tilfeller ha selvmordstanker eller tanker om døden (Børve & Dalgard, 2000; Kringlen, 2011; ICD-10, 2015). Tilstanden kan enten være kronisk eller tilbakevendende, og ikke minst langvarig. Omtrent 50 % av de som har hatt en depressiv episode vil oppleve en ny depresjon (Goodman & Gotlib, 1999; Børve & Dalgard, 2000). Depresjon kan enten komme snikende eller oppstå akutt. Diagnosemanualene redegjør for at store individuelle forskjeller i depresjonserfaringer problematiserer diagnosekriteriene. Komorbiditet er et faktum når det gjelder psykiske lidelser og refererer til samtidig forekomst av to eller flere tilstander og symptomer, og er intet unntak når det kommer til depresjon. Tilleggs lidelser som angst, atferdsvansker og lignende kan ofte forekomme (DSM-5, 2013, ICD-10, 2015).

Depresjon eksisterer på et kontinuum og blir klassifisert etter alvorlighetsgrad, gjennomtrengningskraft, nærvær og fravær av lidelsen (Brent & Weersing, 2008). Den milde formen for depresjon som er noe de fleste av oss vil oppleve gjennom livsløpet, er preget av nedstemthet i en kortere periode. Den alvorlige typen depresjon kan på sitt verste føre til

suicidale tanker som vil kreve profesjonell behandling og muligens medisiner. Siden problemene kan være kroniske eller tilbakevendende kan dette føre til betydelig svekkelser i individets evne til å fungere optimalt i hverdagen (WHO, 2008). Studier viser også at forekomsten for depresjon er 50 % høyere for kvinner enn for menn (Kringelen, Torgersen & Cramer, 2001). En årsak til dette kan skyldes høye rater angst hos kvinner, som igjen kan forsterke utviklingen av depresjon (Brent & Weersing, 2008). En annen årsak kan være at menn har en tendens til å glemme ubehagelige symptomer, mens kvinner ser ut til å huske disse ganske godt. Dette medfører at de i større grad erkjenner lidelsen, og oppsøker hjelp hyppigere enn menn (Goldberg & Goodyer, 2005).

### **2.1.2 Angst**

Angst representerer også en av de mest vanlige psykiske lidelsene, også denne tilstanden har dobbelt så høy forekomst hos kvinner som hos menn (Williams, Reardon, Murray & Cole, 2005). Angst er en reaksjon som i utgangspunktet er nyttig i forbindelse med reelle farer. Først og fremst for å oppdage den truende situasjonen, og deretter for å unngå den. Når angst oppstår som en reaksjon i en situasjon som i utgangspunktet ikke er farlig, kan den bli uhensiktsmessig. Mennesker med angstlidelser har en tendens til overdreven opplevelse av trussel, men også en sterk unngåelsesatferd. Angstlidelser er ofte preget av en følelse av maktløshet og hjelpeløshet. I tillegg kan angstlidelser medføre store subjektive plager for den som opplever det og ikke minst gi begrensninger i livskvalitet og livsutfoldelse, siden tilstanden kan være kronisk og hemmende (Weisæth & Ruud, 2000).

Angst og depresjon går ofte sammen, og ofte kan det være vanskelig å skille om individet har angst eller lider av depresjon, noe som kan problematisere hva som forårsaker hva. Likevel kan angst også forekomme alene, men moderne klassifisering av angstlidelser omfatter flere tilstander. Først og fremst fobier, panikklidelse, generalisert angstlidelse og blandingstilstander av angst og depresjon (ICD-10, 2015). Kringelen (2011) redegjør for at angst er en diffus, indre uro uten åpenbar kjent årsak. Individet kan føle seg engstelig, uten å vite årsaken til det, og som regel er det ingenting å engste seg over. Alle mennesker vil til tider oppleve en form for angst og uro som er rimelig i forhold til varighet og styrke knyttet til situasjonen individet befinner seg i. Når angsten er mer uttalt og vedvarende enn hva den reelle situasjonen tilsier, kan den i følge Weisæth og Ruud (2000) sies å være unormal og

patologisk. I slike tilfeller kan den syke ha vansker med å utføre selv de hverdagslige gjøremål.

ICD-10 (2015) deler angstlidelse i fobier og andre angstlidelser. Generalisert angst (GAD) er den vanligste type angst og medfører blant annet engstelse, motorisk spenning og autonom overaktivitet. Engstelse består i form av bekymringer, konsentrasjonsvansker og irritabilitet. Motorisk spenning er preget av rastløshet, nervøsitet, hodepine og skjelving. Autonom overaktivitet er preget av at svette, rask puls, svimmelhet og tørr munn. I likhet med depresjon kan også angst ha en tendens til å være varierende, kronisk og tilbakevendende, og man erkjenner at kronisk miljøpåvirket stress er en av årsakene til utviklingen av angst (ICD-10, 2015). Da det også er høy komorbiditet mellom GAD og depresjon, problematiserer dette målingen av bare angsten, uten selve depresjonen. Den genetiske komponenten spiller en viktig rolle i utviklingen av angst, men miljøfaktorer ser ut til å ha en betydeligere rolle (Kringelen, 2011).

## **2.2 Betydningen av arv og miljø**

Å tro at vi mennesker er et produkt av enten våre gener eller vårt miljø, kalles genetisk- og miljødeterminisme. Debatten om arv og miljø har lenge vært et hett tema innen utviklingspsykologien. Mens spørsmålet tidligere i hovedsak har dreid seg om arv *eller* miljø som betydning for menneskers utvikling og utviklingen av psykopatologi, har forskning erklært at mennesker ikke kan forstås som kun et produkt av *enten* biologi eller miljø. Dermed er det ikke en ensidig prosess som forklarer menneskers utvikling, ei heller psykiske lidelser. Forskere mener at debatten nå er avklart, og at man har slått seg til ro med at psykologiske trekk, atferd og psykopatologi oppstår som følge av en kompleks interaksjon av både arv og miljø (Lemery & Doegler, 2005). Man kan betrakte arv og miljø som komplementære da det ene er utenkelig uten det andre.

### **2.2.1 En genetisk forklaring**

Genetiske forklaringsmodeller er viktige verktøy da de bidrar til å forklare individuelle forskjeller i utviklingen av psykopatologi. En slik modell forklarer at eksempelvis depresjon er medfødt og arvelig, og at enkeltgener er ansvarlige for utviklingen av psykiske lidelser (Kringelen, 2011). Forskning på genetiske faktorer i utviklingen av depresjon baserer seg i

stor grad på å identifisere hvilke spesifikke gener som fører til spesifikke psykiske lidelser. Funn fra nyere studier tyder på at det er flere underliggende genetiske faktorer som er årsaken til utviklingen av spesifikke psykiske lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009). Tvillingstudier og familiestudier er metodiske tilnærminger som er flittig brukt for å skille genetiske og miljøpåvirkninger og deres bidrag til utvikling av psykiske lidelser i familier. Flere tvillingstudier på alvorlig depresjonslidelse har rapportert høyere samsvar hos eneggede enn toeggede tvillinger, noe som skaper en sterk indikasjon for genetikk i utviklingen av depresjon. Kliniske og genetisk-epidemiologiske studier foreslår at alvorlig depresjonslidelse er en multifaktorell lidelse som blir påvirket av flere genetiske men også miljømessige risikofaktorer (DSM-5, 2013).

Selv om man ut fra den biologiske forklaringsmodellen skulle kunne regne med at depresjon er bestemt av genetikk, så vil de fleste likevel være enige om at man vil få en bredere forståelse av psykiske lidelser generelt dersom man trekker inn også andre forklaringsmodeller. En høy grad av arvelighet av psykiske lidelser betyr nødvendigvis ikke at man er forutbestemt til å utvikle denne selv. Det er her miljøfaktorer og faktorer i nettverket spiller inn. Selv om det er en høy grad av arvelighet for at et barn av psykisk syke foreldre selv skal utvikle psykiske lidelser, så vil det i stor grad også avhenge av spesifikke miljøfaktorer for å bryte ut. Altså er det ikke ensbetydende at barn av foreldre med psykiske lidelser vil utvikle den samme lidelsen og at man ikke kan forebygge eller behandle dette.

### **2.2.2 En sosiokulturell forklaring**

Den sosiokulturelle forklaringsmodellen fokuserer i stor grad på miljømessige faktorer som årsaken til utviklingen av psykiske lidelser. Slike teorier tar for seg sosioøkonomisk status og sosial oppløsning som årsaksforklaringer til utviklingen av depresjon og angst. Dette synet stammer fra store funn gjort i USA som viste signifikant korrelasjon mellom en rekke forskjellige psykiske lidelser og lav sosioøkonomisk status (Lefley, 1996). Man hevder at sykdom og helse er avhengig av samfunnsforholdene, og det sosiale miljøets betydning er demonstrert på både makro- og mikronivå. Det store flertall psykiske lidelser, spesielt affektive lidelser som angst og depresjon viser seg å være dominert av psykososiale faktorer i miljøet (Kringelen, 2011). Rutter & Quinton (1984) skriver at barn av alvorlig psykisk syke foreldre har en genetisk forhøyet risiko for samme tilstand når de når voksenlivet, men det er mindre sikkert at dette er en viktig mekanisme når det gjelder det store spekteret lidelser som



er knyttet til depresjon og angst. Noen av risikofaktorene i miljøet som kan bidra i utviklingen av depresjon og angst er blant annet sosioøkonomisk status, fysisk aktivitet, samlivsproblemer og andre negative livshendelser (Mykletun & Knudsen, 2009). Hos barn som vokser opp i et miljø der foreldre har depresjon eller angst, søker en slik tilnærming å avdekke hvordan nettopp denne risikofaktoren påvirker familiedynamikken og relasjonen mellom foreldre og barn. Ingram & Luxton (2005) redegjør også for at forbindelsen mellom et negativt sosialt miljø og utvikling av depresjon lenge har vært anerkjent.

Resiliensforskning baserer seg i stor grad på å identifisere beskyttelsesfaktorer hos barn som vokser opp i høyrisikomiljøer, blant annet foreldre med psykiske lidelser. Det er veldokumentert at faktorer i barnets miljø kan virke beskyttende, men også truende når det kommer til hvordan barna utvikler seg. Studier har vist at mødre med langvarig depresjon kan utgjøre en risiko for deres barn, i og med at deres depresjon farger tenkningen og tolkningen de selv har av barnet, i en negativ retning. De kan oppleve barnet som krevende og noe som kan føre til at de blir mindre følelsesmessig tilgjengelige ovenfor barna. Altså blir barnets miljø farget av mors psykiske lidelse, som utgjør en risiko for senere problemer for barnet (Weinberg & Tronick, 1998 ref. i Mykletun & Knudsen, 2009).

## 2.3 Forklaringsmodell for utvikling av psykiske lidelser

Slik det ble redegjort ovenfor, oppstår psykiske lidelser i et komplekst samspill mellom faktorer i arv og miljø (jfr. 2.2). Goldberg & Goodyer (2005) presenterer en velakseptert modell som forklarer utviklingen av psykiske lidelser i form av tre komponenter; *vulnerability and resilience* (sårbarhet og resiliens), *destabilization* (utløsende hendelser) og *restitution* (restituering) .

1. *Sårbarhet og resiliens*; allerede fra fødselen av har man en viss genetisk sårbarhet for, eller motstandsdyktighet mot utviklingen av psykiske lidelser. Mykletun & Knudsen (2009) redegjør for at erfaringer i løpet av livet som eksempelvis forhold til omsorgsgivere eller medfødte faktorer som temperament og personlighet, vil ytterligere kunne bidra til å påvirke og forme sårbarhet eller motstandsdyktighet. Det er godt dokumentert at genetiske- og miljømessige sårbarheter kan føre til de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon.

2. *Utløsende hendelser*; som individ utsettes man for en rekke kroniske og akutte belastninger i løpet av livet. Den arvelige komponenten danner grunnlaget for en potensiell sårbarhet, men det er belastningene man erfarer i miljøet som kan føre til utviklingen av visse psykiske lidelser. Ved å redusere de akutte belastningene kan man til en viss grad forebygge eller hindre utviklingen av psykiske lidelser. Det er her beskyttelsesfaktorer i miljøet kommer til uttrykk, og kan være med på å motvirke den negative utviklingen.
3. *Restituering*; det er anerkjent at mange profesjonelle tror at dersom en psykisk lidelse først har utartet seg, så kan den kun forhindres ved at individet mottar profesjonell hjelp eller intervensjoner. Dette er langt fra tilfellet, i følge Goldberg & Goodyer (2005) som mener at de fleste av de vanlige og mildere former for psykiske lidelser vil kunne gå over av seg selv og at intervensjon bare kan forkorte deres utvikling. Når det er sagt, er det likevel enighet om at jo alvorligere tilstanden er, jo lengre vil den vare. Oppgaven til behandlere vil dermed være å fremme faktorer som fører til bedring, og redusere at individet opplever tilbakefall.

## 2.4 Sårbarhetsmodellen

Weisæth (2000:17) presenterer også en forklaringsmodell på utvikling av sykdom; stressmestring-sårbarhetsmodellen. Der mestring av stress svikter og sårbarhet foreligger, kan sykdom oppstå. Stress har blitt anerkjent som en viktig bidragsyter når det gjelder utviklingen og løpet til psykiske lidelser, deriblant for depresjon og angst (Ingram & Luxton, 2005).

Figuren (vedlegg 1) illustrerer hvordan et komplekst samspill mellom arv- og miljøfaktorer kan være skyldige i utviklingen av psykiske symptomer. At arvelige faktorer spiller en viktig rolle i utviklingen av psykiske lidelser er veldokumentert, imidlertid er det de miljømessige og sosiale faktorene som avgjør hvordan det kommer til uttrykk hos et individ som er biologisk disponert. Ved å redusere risikofaktorer og eliminere årsaksfaktorer er det mulig å forebygge utviklingen av sykdom. Her nevnes blant annet miljøtiltak samt å styrke individets motstandskraft (Weisæth, 2000). Ved at man setter inn tiltak for å redusere risikofaktorer og heller tar sikte på å fremme beskyttelsesfaktorer, kan man muligens hindre en negativ

utvikling. En slik tenkning er nært bundet med tankegangen i resiliensforskningen, og er noe jeg skal komme nærmere inn på i kapittel 4.

## 2.5 Oppsummering

Psykiske lidelser er symptomer og plager som påvirker både tanker og følelser, men også individets atferd og væremåte i omgang med andre mennesker (Myckletun & Knudsen, 2009). Det er i dag veldokumentert at psykiske lidelser er et resultat av et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. De to vanligste psykiske lidelsene i Norge er depresjon og angst. Sårbarhet for og motstandsdyktighet mot utviklingen av disse har vist seg å være noe genetisk bestemt, men hvorvidt depresjon og angst kommer til uttrykk vil avhenge av faktorer i miljøet. Ulike modeller har blitt presentert som mulige forklaringer på utvikling av depresjon og angst. Slike modeller gir oss muligheten til å forstå bedre hvorfor stressende livshendelser ser ut til å være knyttet til symptomer på psykiske lidelser hos noen mennesker, men ikke hos andre. I tillegg gir de oss en bredere forståelse på den multifaktorelle kompleksiteten av psykopatologi, inkludert biologiske, psykologiske og sosiokulturelle variabler.

### 3 Konsekvenser for barn av psykisk syke

Rapporten til Torvik og Rognmo (2011) presenterte for første gang systematiske beregninger av omfang og konsekvenser det kan ha å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser, i henhold til norske forhold. Ut fra beregningene som er gjort, kommer det tydelig fram at det er vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en diagnose (mellom 12-40 %), og at barn av foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske lidelser eller andre psykososiale vansker. Det må påpekes at dette vil variere noe i henhold til om foreldrene har milde, moderate eller alvorlige lidelser, og eventuelt om én eller begge foreldrene har en psykisk lidelse. Likevel kan vi ikke anse psykisk syke foreldre som en homogen gruppe, og heller ikke deres barn, og dermed vil konsekvensene av å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser variere i stor grad. Gode familieforhold og god foreldrefungering er viktige faktorer som er med å påvirke barns utvikling. Kvaliteten på foreldre- og barn-interaksjonen blir påvirket av flere faktorer, og foreldres psykiske helse er blant en av dem. Barn av psykisk syke kan ofte lide under foreldres sykdom, og det å vokse opp i et hjem der én eller begge foreldre har en psykisk lidelse er blant annet forbundet med økt forekomst av emosjonelle vansker, kognitive utviklingsforstyrrelser, atferdsproblemer samt somatiske lidelser (Skerfving, 1996). Ikke minst er foreldrenes psykiske lidelse også forbundet med en forhøyet risiko for psykiske lidelser eller andre følelsesmessige forstyrrelser hos deres barn (Rutter & Quinton, 1984).

Barn av psykisk syke mestrer sin belastede hverdag på ulike måter, men det at et medlem i familien lider av depresjon eller angst, vil naturligvis ha en innvirkning på familiedynamikken og hverdagen kan oppleves som krevende og utfordrende. Det kan være flere årsaker til sammenhengen mellom foreldres psykiske lidelser og barns negative utvikling. Blant annet nevner Skerfving (1996) psykososiale og sosioøkonomiske problemer, samt misbruk og relasjonsproblemer som noen årsaker. I familier hvor foreldre er preget av alvorlig depresjon eller angst, kan også andre risikofaktorer som mishandling, samlivsbrudd og omsorgssvikt forekomme. Det faller utenfor oppgavens rammer å gå nærmere inn på disse, men det er viktig å erkjenne at dette er noe som forekommer i realiteten. Aamodt & Aamodt (2005) nevner også at psykiske lidelser kan medbringe ekstrabelastninger som familiekonflikter, dårlige levekår, arbeidsledighet og dårlig økonomi, og at barna ofte kan bli bærere av slike

ekstrabelastninger som foreldrenes sykdom skaper. Psykiske lidelser øker risikoen for utilstrekkelig foreldreomsorg, men Kvello (2010) tydeliggjør at det er slettes ikke slik at psykiske lidelser er synonymt med dårlig omsorgsutøvelse. I tillegg forutser man en bedre prognose dersom foreldrene erkjenner og viser innsikt i den psykiske lidelsen da dette leder til at de blir i bedre stand til å ivareta barnet, samt skjerme det mot de negative symptomene som en psykisk lidelse ofte medfører.

Sammenligninger av barn med psykisk syke foreldre og barn som vokser opp uten foreldre med psykiske lidelser, viser at disse har en fordoblet sjanse for negative utviklingsforløp enn hva tilfellet for kontrollgruppen er (Torvik & Rognmo, 2011). Årsaken til den høye risikoen kan blant annet skyldes genetiske og miljømessige forhold (jfr. 2.3.1 og 2.3.2), eller andre kumulative risikofaktorer som kan forekomme med en psykisk lidelse. Angst og depresjon kan begge medføre subjektive plager som kan føre til begrensninger i livskvalitet og livsfunksjon, og dermed også gå utover foreldres omsorgsevne. Konsekvensene av affektive lidelser som depresjon og angst vil imidlertid variere med omfanget og varigheten av lidelsen, barnets alder, biologisk og psykososial sårbarhet (Heyerdahl, 2000a). Likevel er det vanskelig å trekke noen direkte årsakssammenhenger mellom foreldres psykiske lidelser og hvilken innvirkning det har på barnas utvikling, da faktorene påvirker hverandre i en dynamisk prosess (Rutter, 1990a).

### **3.1 Depresjon**

En stor del av forskningen omkring psykiske lidelser omhandler mødre med depresjon, og depresjon er trolig den mest veldokumenterte affektive tilstanden. Forskning på dette området er preget av stor overenstemmelse og det er få som setter spørsmålsteget når det gjelder den negative påvirkningen foreldres depresjon har på barn (Rutter & Quinton, 1984; Skerfving, 1996; Goodman & Gotlib, 1999). At depresjon hos foreldre har blitt assosiert med en rekke uønskede utfall hos deres barn, deriblant depressive lidelser, atferdsproblemer, emosjonelle problemer og interpersonlige vansker, er ikke overraskende. En person som sliter med depresjon kan oppleve tristhet og nedstemthet, være irritabel og ubeslutsom, samt oppleve tap av energi og selvfølelse. Alle disse tingene kan muligens ha en innvirkning på foreldrerollen samt det å være en god rollemodell for barnet. Funn viser at depresjon påvirker kvaliteten på interpersonlige forhold, spesielt forhold med ektefeller og barn negativt, og danner en økt risiko for utvikling av psykopatologi (Gotlib & Hammen, 2014). Hvilke

konsekvenser det har for barnet å vokse opp men en depressiv forelder kan imidlertid variere med type depresjon, varighet og ikke minst om det er andre omsorgsgivere tilgjengelige i barnets oppvekstmiljø (Heyerdahl, 2000a).

Foreldrerollen hos depressive mødre kan være nedsatt og uvanlig på måter som kan være ufordelaktige for deres barn. Forskning viser i tillegg at depressive mødre har en tendens til å distansere seg emosjonelt fra både barn og partner, noe som ofte kan lede til stress i familierelasjonene (Kvello, 2010). Stresset i seg selv kan føre til økt risiko for fiendtlighet og reduksjon i varme og responderingsevne som i sin tur kan svekke samspillet mellom mødre og barn. Cox og kolleger fant at mødre med kroniske depressive lidelser hadde en tendens til å være mindre involvert i deres barn. Mødrene hadde også mindre sannsynlighet for å opprettholde positive interaksjoner, klarte i mindre grad å sette deres barns erfaringer i personlig kontekst og var ofte mer involvert i uheldige forsøk på å kontrollere deres barn (Cox, Puckering, Pound & Mills, 1987).

En annen studie gjort av Kauffman, Grunebaum, Cohler & Gamer (1979) viste at i noen tilfeller så fungerte barn av mødre med schizofreni mer kompetent enn hva barn av mødre med depresjon gjorde. Barna av schizofrene hadde i større grad bedre interaksjoner med sine mødre til tross for mors kognitive forvrengninger, mens barna av mødre med depresjon ikke var i stand til å motta samme positive og varme interaksjoner grunnet mødres følelsesmessige tilbaketrekking og utilgjengelighet. Forskerne påpeker at de kompetente barna ser ut til å komme fra familier hvor barnet (1) har mulighet for positive interaksjoner med voksne utenom primære omsorgsgivere og (2) mødrene fungerer på en adekvat måte når det gjelder sosiale interaksjoner. Imidlertid er det viktig å påpeke variasjoner når det kommer til resultater, da Fisher, Kokes, Cole, Perkins & Wynne (1987) rapporterte at barn av mødre med affektive lidelser utviste bedre kompetent fungering enn barn av schizofrene gjorde. Videre poengterer de at man må ta hensyn til variasjoner i studiene da de kan inkludere ulike variabler, blant annet alvorlighetsgrad og lidelsens kroniske karakter. I tillegg nevnes det at mødres rapporteringer og vurderinger av barna kan bære preg av påvirkning av deres sykdom. En deprimert mor kan være kritisk til barnet sitt, mens en schizofren mor kan i høyere grad benekte og ikke minst undervurdere omfanget av barnets problemer.

Killén (2013) redegjør for at depresjon påvirker barnet direkte og indirekte. At den påvirker barnet direkte kan betraktes gjennom kvaliteten på omsorgen og samspillet med barnet. Depresjon kan føre til begrensninger i foreldrefunksjonene, og da først og fremst evnen til å

engasjere seg positivt i barnet, da det kan oppleves som en belastning for den syke. Barnet kan også bli påvirket indirekte gjennom samlivsproblemer og om foreldre blir lagt inn på sykehus for behandling. Rutter og Quinton (1984) fant gjennom sin fireårig lange studie at barn av foreldre med psykiske lidelser, hvor affektive lidelser som depresjon og angsttilstander var blant de vanligste diagnosene, hadde mye større sannsynlighet for å oppleve disharmoni mellom foreldre og mer utsatt for fiendtlig og engstelig eller depressiv atferd. Fiendtlig atferd var preget av irritasjon og aggresjon ovenfor barnet men også krangling og vold mellom foreldre i barnets nærvær. Engstelig og depressiv atferd var manifestert i affektive forstyrrelser som gråt og emosjonell tilbaketrekking, samt uttrykk av bekymringer og frykt. Et interessant funn var nemlig at det også kom fram at emosjonell og forstyrrende atferd hos barna som vedvarte gjennom den fireårige oppfølgingsstudien var mer hyppig når én eller begge foreldrene hadde personlighetsforstyrrelseslidelser enn hva tilfellet var for affektive lidelser som depresjon og angst. Likevel skal man ikke undervurdere konsekvenser affektive lidelser som depresjon og angst kan medføre grunnet store individuelle forskjeller når det kommer til hvordan tilstanden kommer til uttrykk.

Heyerdahl (2000a) redegjør for at dersom den syke forelder har manisk depressiv lidelse med depresjoner av psykotisk karakter, kan dette virke skremmende på barn. Den maniske atferden kan være ukritisk, være preget av aggressive episoder og direkte farlig. I slike tilfeller vil det være høyst nødvendig å skjerme barnet fra den syke. Men det er igjen svært viktig å påpeke at depressive foreldre ikke er en homogen gruppe verken når det gjelder symptomer eller alvorlighetsgrad, og det vil dermed være store variasjoner. Imidlertid finnes det også store forskjeller mellom foreldrene i ulike studier på depresjon og fungeringsevnen til foreldrene kan være veldig varierende. I samme takt som noen barn kan ta stor skade mens andre ikke får noen særlige konsekvenser kan noen foreldre fungere optimalt, sannsynligvis de mindre syke, mens andre kan oppleve alvorlig funksjonsnedsettelse grunnet depresjonen.

## **3.2 Angst**

Studier på hvordan foreldres angst påvirker barn er i større grad begrenset enn hva tilfellet for studier på depresjon er, men likevel er det grunnlag for å si at også angst hos foreldre øker sjansen for utvikling av psykiske lidelser hos deres barn (Fellow-Smith, 2001). Affektive tilstander kan ha uheldig virkning på barnets psykososiale utvikling og føre til begrensninger og hemninger når det kommer til barnets opplevelse av foreldre som trygge og forutsigbare

(Heyerdahl, 2000a). Selv om forskning tilsier at den genetiske komponenten også spiller en rolle i utviklingen av angst, er andre faktorer som foreldrefungering, tilknytning, foreldre-barn-forhold også relevante når det kommer til hvilke konsekvenser det vil ha for deres barn. Biederman og kolleger (2001) gjennomførte en detaljert studie på høyrisikobarn som vokste opp med foreldre som hadde angstlidelser eller alvorlig depresjon. De sammenlignet foreldre med panikk-angstlidelse eller alvorlig depresjon, med foreldre som ikke har noen av de psykiske lidelsene og fant at foreldres panikk-angstlidelse var assosiert med en forhøyet risiko for panikk-angstlidelser og agorafobi hos deres barn. Foreldres panikk-angstlidelse og alvorlig depresjon var også assosiert med økt risiko for separasjonsangst og flere andre angstlidelser hos deres barn. Et annet interessant funn var at forskerne i studien fant at å vokse opp med foreldre som *begge* har en psykisk lidelse ikke fordoblet ikke risikoen for barnet. Her må man imidlertid stille seg noe kritisk til slike funn, da nyere forskning har vist at barn er mer sårbare i tilfeller hvor begge foreldre har alvorlig depresjon enn dersom bare en av foreldrene har det. I tilfeller hvor én forelder er frisk kan faktisk fungere som en beskyttelsesfaktor for barnet, da dette kan lette på barnets ansvar samt skyldfølelse.

En annen studie gjort av Beidel & Turner (1997) rapporterte også at angstlidelser hos barn av deprimerte foreldre var vanlig. Det de imidlertid fant var at barna viste et bredere spekter av psykopatologi dersom foreldre hadde depresjon, enn dersom de hadde angst alene. Siden depresjon har vist seg å ha en sterkere genetisk komponent enn hva tilfellet for angst er, kan dette være en av årsakene til økt psykopatologi hos barna. Ikke minst tydeliggjør dette at depresjon kan ha større konsekvenser for barn enn angstlidelser. Mildere former for angst har vist seg å kunne være plagsomme for den som opplever det, men trenger nødvendigvis ikke å utgjøre en risiko for andre i omgivelsene. En enkel fobi eller lettere sosial angst trenger ikke å påvirke foreldrefunksjonsevnen, eller omsorgsevnen for den saks skyld (Torvik & Rognmo, 2011).

### **3.3 Utdypende om risikofaktorer**

Det er ingen tvil om at psykiske lidelser hos foreldre danner grunnlag for en økt disponering av risikofaktorer hos deres barn. Aller mest er det skadelig når flere risikofaktorer samler seg opp og virker kumulativt over lengre tid. Kumulativ risiko kan være når nye problemer oppstår, uten at de gamle problemene har blitt løst. Blant annet kan alvorlighetsgraden og lidelsens omfang, foreldres evne til adekvat foreldrefungering og barnets alder alle utgjøre



risikofaktorer og danne grunnlag for en negativ utvikling. Imidlertid er det viktig å påpeke at risikofaktorer på ingen måte er deterministiske, da det er veldokumentert at barn under ekstreme påkjenninger likevel har klart seg godt. Olsen & Traavik (2010) redegjør for at det ikke er risikofaktoren i seg selv som avgjør utfallet, men barnets opplevelse av den.

### **3.3.1 Alvorlighetsgrad og varighet**

Fra å studere foreldrenes spesifikke lidelse og dens innvirkning på deres barn, har man også vurdert hvilke andre variabler ved foreldrenes sykdom som kan tenkes å ha en betydning. Alvorlighetsgrad og lidelsens varighet har i større grad kommet i fokus. På bakgrunn av foreliggende empiri ser det ut til at lidelsens alvorlighet og varighet i større grad kan forutsi senere forstyrrelser hos barna enn hva den spesifikke diagnosen i seg selv kan (Feldman et al., 1987; Rutter & Quinton, 1984). Særlig er det en forhøyet risiko når lidelsen er av alvorligere art, har en lengere varighet og tilbakevendende episoder. Jo alvorligere den psykiske lidelsen er, desto mindre innsikt vil personen selv ha i vanskene (Kvelling, 2010). Beardslee og kolleger (1984) konkluderer med at faktorer som alvorlighetsgrad og varighet, og hvor fort foreldre ”kommer seg” etter lidelsen samt kommunikasjonsvansker innad familien, er sterkere prediktorer for barnets psykososiale utvikling, enn diagnosen i seg selv. Med andre ord har alvorlighetsgraden og hvor kronisk tilstanden hos foreldrene er, større betydning for barns psykososiale utvikling enn selve lidelsestypen. En depressiv tilstand som ofte kan betraktes som mindre alvorlig enn eksempelvis schizofreni, kan dermed utgjøre en større risiko dersom tilstanden er både alvorlig og kronisk.

Goodman & Gotlib (1999) redegjør for at depresjon er en tilbakevendende tilstand (jfr. 2.1.1), og at så mange som over 80 % av deprimerte pasienter vil oppleve mer enn én depressiv episode. Siden risikoen for tilbakefall knyttet til depresjon er såpass høy kan det tenkes at barn blir utsatt for mer enn én enkeltepisode eller en kortere periode av foreldres depresjon. En kronisk og langvarig depresjon vil dermed utgjøre en større effekt på barnets fungering enn hva én enkeltepisode ville ha gjort. Dette samstemmer med Rutter og Quinton's (1984) funn om at den største risikoen for barna ikke lå i midlertidige situasjonsspesifikke stressreaksjoner, men i de forstyrrelsene som var gjennomgripende over situasjoner og ikke minst vedvarende over tid. Ikke overraskende rapporterte Fisher og kolleger (1987) at barn av psykisk syke foreldre klarer seg relativt godt når foreldres sykdom var av kortere varighet, enn hva de gjorde når lidelsen var langvarig og i større grad alvorlig. I tillegg er ikke barn av

depressive mødre bare utsatt for mors depresjon, men også en rekke andre stressorer som er assosiert med depresjon, og disse fremhever Rutter og Quinton (1984) som mekanismer som medierer assosiasjonen mellom mors depresjon og barnets psykopatologi. Som det tydelig kom fram i forrige kapittel, er depresjon en tilstand hvor komorbiditet er et faktum. Jo flere vansker den deprimerte forelder har, jo større vil sannsynligvis risikoen for barna være.

Barn som vokser opp med foreldre hvor begge foreldrene har psykiske lidelser vil i større grad være sårbare og utsatte enn barn med foreldre hvor kun én har psykiske lidelser. Gammon (1983) rapporterte at i tilfeller hvor barn vokste opp med én forelder som hadde depresjon, var frekvensen 8 %, og i tilfeller hvor begge foreldre hadde depresjon økte frekvensen til 12 %. Frekvensen for uansett type psykiske lidelse var 17% for barn med én syk forelder og 23% for barn hvor *begge* foreldre hadde psykiske lidelser. Å ha en forelder som er frisk vil kunne fungere som støtte for barnet og kan i større grad påta seg ansvar for den andre syke forelder. Dette kan igjen lette ansvaret barnet har og fungere som en beskyttelsesfaktor og øke resiliens hos barnet som er i risiko for utviklingen av psykopatologi. Goodman & Gotlib (1999) viser også til at fedre kan representere en beskyttelsesfaktor i tilfeller hvor mor har alvorlig depresjon, men dette dersom far er frisk, involvert og støttende. Om fedrene er fraværende og selv har en psykisk lidelse, kan de imidlertid utgjøre en enda større risiko for barnets psykopatologi. Tatt i betraktning vil en langvarig og mer alvorlig lidelse medføre de ekstrabelastningene (jfr.3) som Aamodt & Aamodt (2005) nevner i og med at den belaster familiens funksjonsevne i betraktelig større grad. Det er viktig å påpeke at ikke alle psykiske lidelser er like alvorlige, og en mild fobi eller lettere sosial angst trenger nødvendigvis ikke å gå utover foreldres funksjonsevne og heller ikke deres omsorgsevne.

### **3.3.2 Kvaliteten på foreldrefungeringen**

For å i det hele tatt kunne snakke om den påvirkning det kan ha å vokse opp med foreldre som lider av enten angst eller depresjon, så er det viktig å redegjøre for barnets grunnleggende behov som må tilfredsstilles av foreldre og hva som ligger i ”god nok foreldrefungering”. Det er stor enighet om at god nok omsorg ovenfor barn først og fremst innebærer en tilfredsstillelse av barnets fysiske, psykiske og emosjonelle behov (Duncan & Reder, 2001). Å tilfredsstille disse behovene innebærer blant annet å gi barnet ernæring, varme og trygghet. Barnet trenger også stimulering og interaksjon, samt grensesetting og en rollemodell. Å dekke barnets emosjonelle behov innebærer blant annet å gi det kjærlighet og empati, men også å

være tilgjengelig for barnet og oppmuntre det til å utvikle seg selv og danne en følelse av autonomi. En psykisk lidelse som depresjon eller angst kan påvirke individets kapasitet til å være selvstendig og ansvarlig. Personen kan føle seg irritabel og psykisk ute av kontroll noe som kan medføre ukontrollert atferd. Slike symptomer kan direkte påvirke individets evne til god nok foreldrefungering. Aamodt & Aamodt (2005) redegjør for at det er svært viktig å ha en faglig bevissthet om kartleggingen av foreldrefungeringen og hvordan denne kommer til uttrykk gjennom de dagligdagse gjøremålene i hverdagen. Foreldrefungering innebærer først og fremst følelser, tanker, handlinger og holdninger som foreldre uttrykker ovenfor barna i hverdagen (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002). Foreldre som sliter med angst og depresjon kan ha nok med å bearbeide disse vanskene som en slik lidelse ofte bringer, noe som kan gå utover deres foreldrefungering.

Berg-Nielsen og kolleger (2002) redegjør for at dysfunksjonell foreldrefungering er det omsorgsgiver gjør, eller unnlater å gjøre som kan påvirke barnet negativt. I familier med barn eller foreldrepsykopatologi er det særlig to hoveddimensjoner av dysfunksjonelle foreldre som forekommer; (1) foreldrenegativitet og (2) ulike former for ineffektive disiplineringspraksiser. Den førstnevnte innebærer mangel på foreldrenes varme, et element av fiendtlighet i form av avvisninger, kritikk og latterliggjøring av barnet. Imidlertid varierer de ulike formene for foreldrenegativitet fra studie til studie og de fleste studiene skiller ikke mellom ulike aspekter av negativitet. Det synes imidlertid at graden eller mengden av foreldrenegativitet er mer avgjørende for barnets utvikling, enn hvilke typer negativitet som blir uttrykt. Ulike former for ineffektiv disiplineringspraksis kan bestå av hard, nedbrytende og inkonsistent disiplineringspraksis. Inkonsekvente foreldre kan være preget av delvis tilbakevendende og uforutsigbare sammenbrudd når det kommer til foreldrestyringen. At barnet opplever usikkerhet og manglende evne til å forutsi reaksjoner i det sosiale miljøet det lever i grunnet sine inkonsekvente foreldre, vil naturligvis ha en innvirkning på barnets utvikling. Det å ikke kunne være i stand til å påvirke hendelser i sine omgivelser kan føre til at barnet utvikler lært hjelpeløshet. En slik lært hjelpeløshet kan disponere barnet for utviklingen av angst. Ikke minst kan barnet også utvikle seg til å bli manipulerende. Dette er trolig en forsvarsmekanisme som barna bruker for å kontrollere sine ustabile omgivelser (Berg-Nielsen et al., 2002).

Foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser viser oftere mer negative trekk, de er i mindre grad responderende ovenfor barna og lite hensiktsmessig i dekking av barnets behov

enn hva tilfellet for foreldre uten psykiske lidelser er (Kvello, 2010). Rutter & Quinton (1984) tydeliggjør at det nødvendigvis ikke trenger å være den psykiske lidelsen i seg selv som utgjør en risikofaktor for barnet, men heller alt det andre som kommer med det å være syk, altså forholdet rundt den psykiske lidelsen. Sagt på en annen måte er det selve effekten som den psykiske lidelsen har på relasjonen mellom foreldre og barn som utgjør den største trusselen. Imidlertid utgjør foreldrenes psykiske lidelser en viktig indikator på risiko hos barna, men funnene i studien til Rutter & Quinton (1984) viste at i de fleste tilfeller stammer ikke den største risikoen fra selve sykdommen. Snarere stammer den fra den psykososiale forstyrrelsen i familien. Altså er det ikke selve depresjonen som sådan, men heller depresjonen i sammenhengen med korrelerte risikofaktorer som er årsaken til barnas mistilpassede utfall. Det er likevel viktig å påpeke at faktorer innad familien også kan ha beskyttende påvirkninger på barnet, å da særlig i tilfeller hvor den syke forelderen viser begrenset eller mildere former for psykisk lidelse. Likevel vil det å utøve barneomsorg når man lider av angst og depresjon medføre en rekke utfordringer. Hverdagslige rutiner kan fort unnlates og drastisk endres. Mevik og Trymbo (2002) redegjør for at slike strukturelle endringer kan forårsake tap av et forutsigbart hverdagsliv når det gjelder barna, og for noen vil dagligdagse rutiner være ukjent som følge av foreldrenes psykiske lidelse.

### **3.3.3 Ekteskapelig fungering**

Ekteskapelig disharmoni mellom foreldre er kanskje den mest gjennomgripende stressoren blant barn av depressive mødre, og assosiasjonen mellom ekteskapelig disharmoni og depresjon er godt dokumentert i forskningen. Ekteskapelig disharmoni kan være preget av konflikter, fiendtlighet og anspenthet, og denne spliden mellom partene kan forverre de negative effektene mødres depresjon ellers har på barnets fungering (Goodman & Gotlib, 1999). Ekteskapelige konflikter mellom foreldre kan resultere i økt fiendtlighet og mangel på tilgjengelighet for deres barn, noe som i sin tur kan øke risikoen for at barnet internaliserer og eksternaliserer problematferd (Grych & Fincham, 1990). Som nevnt over (jfr. 3.3.2) fant Rutter & Quinton (1984) i sin studie at effekten på barna var uavhengig av foreldres spesifikke lidelse, men at de heller var relatert til de sosiale og interaksjonelle konsekvensene av deres problemer, særlig da foreldres fiendtlighet og disharmoni i ekteskapet. De redegjør for at den økte risikoen hos barna verken er bestemt av genetikk eller en direkte etterfølge av foreldres psykiske lidelse. I stedet ligger risikoen i forholdene og andre typer påkjenninger som et resultat av det å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser. Altså i hvilken grad

barna var utsatt for foreldres uvanlige oppførsel er relevant, men i den sammenheng er foreldres fiendtlighet, aggresjon og vold viktigere enn affektive symptomer og/eller andre psykotiske manifestasjoner. Dette samstemmer også med funn gjort av Beardslee og kolleger (1984) som rapporterte at den psykososiale påvirkningen barnet blir utsatt for av foreldre med affektive lidelser ikke nødvendigvis stammer fra den spesifikke diagnosen men heller samlede stressorer som lidelsen medbringer, slik som foreldres utilgjengelighet og svekkelser. Dette betyr at dersom barn av foreldre med depresjon og angst vokser opp i et godt familiemiljø som ikke utgjør en risiko, så kan barna likevel utvikle seg tilfredsstillende. Andre funn igjen, hevder at den økte risikoen trolig skyldes en kombinasjon av genetiske og familiære faktorer. Disse funnene kan gi en viktig implikasjon når man skal studere konsekvensene det kan ha for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre, at det vil være av stor viktighet også å fokusere på den påvirkning foreldres *atferd* har på barna, og ikke bare fokusere kun på selve *diagnosen*.

### **3.3.4 Barnets alder**

Slik det fremgår i litteraturen så vil det å vokse opp med psykisk syke foreldre utgjøre en risiko for barn i *alle* aldre, men barnets alder har likevel en signifikant betydning når det gjelder konsekvensene av å vokse opp med psykisk syke foreldre. Jo mindre barnet er, jo større konsekvenser kan det ha enn dersom barnet er eldre når eksempelvis depresjon eller angst inntreffer. Wickramaratne & Weissman (1998) rapporterte at depresjon hos foreldre er assosiert med åtte ganger høyere depresjon for barna i tidlig barndom og femdobling i tidlig voksenalder. Flere årsaker blir nevnt når det gjelder konsekvenser for yngre barn, men blant annet kommer det fram at de yngre barn enda ikke har utviklet normal intelligens, er svært sensitive og ikke minst mer sårbare enn hva tilfellet for eldre barn er (Anthony, 1987). I tillegg har ikke barn de første leveårene etablert en utvikling som er vesentlig uavhengig av omsorgsgivere og er dermed i større grad avhengig av omsorg fra foreldre enn hva typisk eldre barn er (Seifer, 2003). Ettersom barna utvikler seg og blir eldre, utvikler de i større grad regulering av emosjoner og emosjonelle erfaringer, noe som trolig bidrar til å imøtekomme de negative virkningene av å ha en forelder med depresjon på en bedre måte.

En annen mulig årsak til større konsekvenser knyttet til barnets alder er naturligvis dets fysiske og psykososiale kompetanse på ulike alderstrinn. I tillegg utvikles psykologiske, emosjonelle og kognitive systemer ekstra raskt i de første leveårene, og eventuelle

forstyrrelser kan ha betydning for barnets senere utvikling. Barnets alder spiller også inn når det gjelder om moren har en langvarig og dyp depresjon. Grunnen til at konsekvensene er større jo mindre barnet er, er nettopp fordi det kan oppleve en sterk skyldfølelse og bearbeidelse. Barnet har enda ikke utviklet evnen til å forstå at det ikke er dets egen skyld til mors sykdom og kan bearbeide seg selv for å ikke være flink nok, eller snill nok og dermed årsaken til morens sykdom (Heyerdahl, 2000a). I tillegg kan barnet grunnet dets manglende kognitive kapasitet ha vanskeligheter med å oppfatte og forstå hvorfor morens oppførsel er uvanlig, noe som kan være forstyrrende på barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Barnet kan ha vanskeligheter med å komme seg etter de negative effektene av mors depresjon og de negative effektene kan fortsette gjennom senere perioder i barnets utvikling. Desto eldre barnet er når mors depresjon inntar, jo større sannsynlighet er det for at barnet har modnet og utviklet seg i større grad både emosjonelt og kognitivt, og dermed også i mindre grad er sårbart for uheldige hendelser. Barn i skolealder som i større grad har utviklet kognitiv kompetanse, har trolig også en mer nyansert oppfattelse av seg selv og verden, og kan i større grad distansere seg fra morens sykdom (Aalbæk & Glistrup, 1997). I tillegg kan barnet ha tilegnet seg kompetanse nok til å forberede seg på suksessfulle mestringsstrategier i møte med risiko. Forskning viser at barn som i tidlig alder eller under svangerskapet blir utsatt for mors depresjon, har en høyere arvelig disposisjon for utviklingen av depresjon, enn barn hvor mødres depresjon inntreffer senere (Goodman & Gotlib, 1999).

### **3.4 Oppsummering**

Det er godt dokumentert at barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser er i en forhøyet risiko for negativ utvikling. Det kan være en ekstra utfordring for foreldre med psykiske lidelser og gi tilstrekkelig omsorgsevne, noe som kan svekke foreldrefungeringen. Imidlertid er det viktig å påpeke at det ikke er selve lidelsen som nødvendigvis er hovedproblemet, men som regel et vanskelig hjemmiljø (Borge, 2010). Sagt på en annen måte betyr dette at dersom barnet vokser opp i et nokså stabilt hjemmiljø, så vil ikke nødvendigvis foreldrenes angst og depresjon utgjøre stor risiko, og barna kan utvikle seg tilfredsstillende. Også barnets alder kan ha noe å si for hvilke konsekvenser å vokse opp i et slikt miljø vil ha. Det er også således viktig å erkjenne at alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen kan være viktigere enn selve lidelsestypen. Etter en gjennomgang av litteratur er det rimelig å hevde at barns psykososiale utvikling er sterkt knyttet til foreldres fungeringsnivå. Altså er ikke den

psykiske lidelsen i seg som best predikerer barnets utvikling, men heller den deprimertes fungeringsevne og omsorgsutøvelse ovenfor barnet (Rutter & Quinton, 1984; Berg-Nielsen et al., 2002). Hvilke konsekvenser det vil få for barnet å vokse opp med foreldre som har depresjon og angst vil i stor grad variere fra barn til barn, og man må ta hensyn til individuelle forskjeller. Ikke minst vil konsekvensene være avhengig av barnets eksponering for beskyttelsesfaktorer og fenomenet resiliens.

## 4 Resiliens- Barnets tilpasning

Selv i de mest risikofylte og emosjonelt fattige hjem hvor foreldre lider av psykiske lidelser, kan barn likevel utvikle friske personligheter og vise bemerkelsesverdig resiliens. Likevel har det lenge blitt viet liten interesse ovenfor disse barna, og fokus har i større grad ligget på det som går galt. I sin bok *”Resiliens”* tydeliggjør Borge (2010) at vi i lang tid har oversett de vanskeligstilte barna som tross alt har utviklet resiliens, og at vi på denne måten har gått glipp av den kunnskapen disse barna kan ha gitt oss. Først i senere tid har det blitt rettet mer oppmerksomhet mot høyrisikobarn som viser resiliens, og forskere har ønsket mer kjennskap til hvordan man kan bruke slik kunnskap til å hjelpe andre barn å bli mindre sårbare i møte med belastninger.

Studiet på fenomenet resiliens har ekspandert over de siste 20 årene og forskere mener det kan være flere grunner til nettopp dette. Én av grunnene til økt fokus kan skyldes den teknologiske kompleksiteten mange unge møter i dagens samfunn som medfører at de kontinuerlig må tilpasse seg miljøet som stadig er i endring. Antallet unge som møter motgang har økt, og antallet utfordringer de møter, øker også. I tillegg har ikke bare interessen i forståelsen av risiko- og beskyttelsesfaktorer og hvordan disse opererer vært sentral, men også den beslutningen om hvordan slik kunnskap kan bli anvendt i klinisk relevante intervensjoner som ikke bare nødvendigvis fører til positive utfall for barn i risiko, men som også kan bli brukt i utviklingen av det som Goldenstein & Brooks (2005) kaller et *”resilient tankesett”*. Meningen bak et resilient tankesett ligger i at dersom hvert barn utvikler dette vil det være i bedre stand til å effektivt takle stress og motgang. Barnet vil mestre hverdagslige utfordringer på en bedre måte og komme sterkere tilbake etter møte med risiko og motgang.

### 4.1 Resiliensforskning

Fra å kun studere elendighet, sorg og dårlige barndomsopplevelser som årsaken til psykopatologi, har man tatt et standpunkt videre til også å studere hvilken mekanismer som står bak og fremmer resiliens. En årsak til at man unnlot å studere fenomenet resiliens, kan i følge Borge (2010) skyldes at fenomenet er vanskelig å forklare. Resiliensforskning er en gren av epidemiologisk risikoforskning. I risikoforskningen har man arbeidet med å kartlegge effekten av ulike typer stressfaktorer, deriblant det å vokse opp med foreldre med psykiske



lidelser, og hvilken innvirkning det har på barns utvikling og fungering (Waaktaar & Christie, 2008). Noen vil utvikle problemer som følge av belastningene de har blitt utsatt for, mens andre ser ut til å ikke la seg påvirke av det de har opplevd og kan til og med vokse på det erfarte.

#### 4.1.1 Project Competence

Forskning på fenomenet resiliens vokste fram som et resultat av arbeid med voksne med alvorlige mentale tilstander, deriblant *schizofrenia*. Et betydningsfullt navn som er verdt å nevne og som betraktes som en pioner av fenomenet resiliens, er Garmezy. Sammen med sine kollegaer undret han seg over at barn av alvorlig psykisk syke ikke ga etter til tross for den store risikoen de levde under både genetisk og sosialt, og i stedet viste god psykososial fungering og adaptive mønstre. Han oppfordret til mer forskning på de som klarte seg til tross for belastninger, og var en av de første som understreket viktigheten av å undersøke beskyttelsesfaktorer hos barn i høyrisikogrupper, som senere skulle legge grunnlag for forskningen på fenomenet resiliens. Garmezy mente at en økt kunnskap omkring de faktorene som bidro til helse og beskyttet mot utviklingen av problemer i møte med risiko, muligens ville være til like stor nytte som kunnskapen om de faktorene som bidro til sykdom (Masten & Powell, 2003).

Forskning på forståelsen for lidelsen schizofreni ledet forskerne videre til stiftelsen av forskningsprogrammet "*Project Competence studies of competence, adversity, and resilience*". Fokuset var å studere kompetanse hos barn i risiko grunnet psykiske lidelser hos foreldre, men også andre risikofaktorer som fattigdom og andre stressende livserfaringer. Søken etter hvordan problemer utvikler seg gjennom barndommen og hvordan de kan bli forhindret, god adaptasjon og utvikling når man burde forventet problemer og eventuelle psykiske lidelser, førte til forståelse for det som skulle bli kalt *resiliens* (Masten & Powell, 2003). Et utvidet fokus fra å kun studere risikofaktorer, til å studere et bredt spekter andre sosiale og psykologiske faktorer som virker beskyttende på barn som opplever motgang, skulle endelig få et startskudd.

Det sentrale i forskningsstudien var, slik det også foreligger i navnet, konsepter av kompetanse. Dette fenomenet var ikke særlig vektlagt på denne tiden, siden den patogenetiske orienteringen fortsatt dominerte studiet av psykopatologi, men også fordi man anså resiliens som et begrep som var uforklarlig. Etter flere studier var det sentrale funnet som stadig gikk

igjen, at variasjonen i hvordan barn responderer i ulike situasjoner var stor. Enkelte av barna så ut til å utvikle alvorlige og vedvarende psykiske lidelser, noen kom upåvirket og uskadet ut erfaringene, mens noen barn til forskernes store overraskelse så ut til å være enda mer styrket av de påkjenningene de hadde blitt utsatt for (Masten & Powell, 2003). Dette førte til at man anså slike barn som usårbare og at de ikke ga etter under stress, uansett belastning eller risiko (Anthony, 1987). En slik påstand har imidlertid blitt avkreftet med hensyn til tre grunner; for det første er barns motstand for stress relativt heller enn absolutt. For det andre er opphavet til motstand for stress både miljømessig og kontekstuell. Sist men ikke minst er graden av motstand ikke en bestemt individuell karakteristikk (Rutter, 2000). Betegnelsen ”*invulnerability*”, usårbarhet på norsk, har dermed blitt erstattet med begrepet resiliens.

#### **4.1.2 Forholdet mellom patogenese og salutogenese**

Om man kaster et historisk tilbakeblikk på helseforskning kan man se at fokus i stor grad har hvilt på identifisering, forklaring og behandling av sykdom. Et slikt perspektiv kalles patogenese. Et paradigmeskifte fra den patogenetiske orienteringen til å fokusere på adaptive utfall var sterkt argumentert fra Antonovskys (2012) side. Han stiller seg kritisk til den tradisjonelle bruken av helsebegrepet og mener at denne utelukker en viktig faktor, nemlig hva som fremmer god helse. Han argumenterer ved illustrasjon av en helsedimensjon at ingen mennesker er 100 % friske eller 100 % syke, og at alle kan plasseres et sted på helsedimensjonen som frisk eller syk. Fokus mener han, bør ligge på hva som kan bringe personen mer mot retningen helse. Han stiller seg kritisk til den patogenetiske orienteringen og introduserer i stedet den *salutogenetiske* orienteringen. I stedet for å spørre ”hva som forhindrer mennesker i å bli syk”, spør Antonovsky (1987) ”hvordan kan mennesker bli friskere”. I følge Antonovskys (1987) argumentasjon vil dette for forskning innebære å skape en bevegelse mot den friske siden, og heller fremme fokus på de helsefremmede faktorene. Dette vil i følge ham være mer hensiktsmessig enn å fokusere på selve sykdommen eller diagnosen i seg selv. Som nevnt over, er ikke målet å gjøre personen 100 % frisk, men heller å bringe personen mer mot retningen helse. Et slikt syn kan gjerne knyttes til resiliensforskning, hvor man i stor grad er opptatt av hvilke faktorer som bidrar til at barn oppnår god psykososial helse til tross for eksponering av risiko og belastning. Her ligger også fokuset på å identifisere hvilke faktorer som ser ut til å bidra til at barn som har opplevd belastninger tilsynelatende klarer seg bra.

## 4.2 Definisjonsproblematikk

Resiliens er et fornorsket begrep som er direkte oversatt fra det engelske ordet *resilience*. Det finnes ingen dekkende begrep på norsk som kan gi en tilfredsstillende oversettelse, men begreper som motstandsdyktighet og robusthet har blitt brukt. Et annet begrep som har blitt brukt knyttet til resiliens er "løvetannbarn". Et slikt begrep kan også føre til misforståelse og skape assosiasjoner om at disse barna vil overkomme det meste, uansett belastninger og påkjenninger. Vi vet imidlertid at det ikke er tilfellet og en slik påstand har blitt avkreftet og er utdatert innen resiliensforskning. At et barn er resilient i en situasjon medfører ikke automatisk at det er resilient i alle situasjoner og i møte med alle typer stressorer. De overnevnte begrepene ivaretar ikke det faktum at alle barn til tider kan være sårbare under visse forhold og at et barn som har vist resilient tilpasning en gang, kan bøye etter for stress neste gang. De fleste innen fagfeltet har imidlertid gått bort fra disse begrepene da de kan være misvisende i den forstand at de gir uttrykk for å være et personlighetstrekk ved barnet eller noe som er *i* personen, og ivaretar dermed i liten grad betydningen av samspillsperspektivet ved resiliens. Resiliens derimot kan omfatte faktorer som ligger utenfor personen selv, deriblant familie- og miljømessige faktorer. Resiliens er dermed avhengig av andre mennesker og andre systemer enn bare individet selv (Wright & Masten, 2005). Begrepene ivaretar heller ikke det faktum at alle barn under gitte forhold kan være sårbare da resiliens ikke er en statisk tilstand.

Som nevnt over er det vanskelig å finne et dekkende begrep på norsk som beskriver fenomenet resiliens. I sin bok "*Styrk sterke sider*" velger Waaktaar & Christie (2008) dermed å bruke begrepet uoversatt;

*I dette ligger det altså en erkjennelse av at det ikke finnes noen som er 100% motstandsdyktige mot alle typer belastninger, men at det i stedet dreier seg om at svært komplekse samspill mellom en rekke faktorer både i personen og i situasjonen blir bestemmende for utfallet av belastningen for det enkelte mennesket (Waaktaar & Christie, 2008:17).*

Denne beskrivelsen av begrepet resiliens gir tydelige implikasjoner om at resiliensprosessen dreier seg om gjensidige samspill mellom flere faktorer i individet og miljøet. Videre presiserer de at ingen er helt motstandsdyktige, men at disse komplekse faktorene i individet og situasjonen blir avgjørende for om barnet opplever situasjonen som belastende og hvordan

utfallet blir. De overnevnte begrepene ivaretar ikke dette samspillet i samme grad som begrepet resiliens gjør, noe som problematiserer begrepsbruken på norsk. Borge (2010) bruker begrepet *resiliens*, og supplerer det norske språket med et nytt psykologisk begrep. I denne oppgaven velger jeg dermed til å bruke begrepet resiliens uoversatt, slik Borge foreslår.

#### **4.2.1 Resiliens definert**

Fenomenet resiliens hviler på idéen om positive utfall under omstendigheter hvor uønskede utfall normalt hadde vært forventet. Begrepet er todimensjonalt i den grad at det innebærer eksponering av motgang og manifesteringen av tilfredsstillende tilpasning til tross for tilstedeværelsen av risiko (Luthar & Cicchetti, 2000a). Resiliens innebærer dermed enten en vellykket mestring av stress og risiko, eller en seier over ugunstige odds for å etablere kompetent psykososial fungering (Schoon, 2006). Litteraturen erkjenner at det er vanskelig å finne en passende definisjon på dette komplekse fenomenet, og at definisjonene varierer i bruk blant teoretikere. Likevel har man kommet fram til en viss enighet og Rutter, som er en av de fremste forskerne på fenomenet resiliens definerer det slik; ”the term used to describe the positive pole of the ubiquitous phenomenon of individual difference in people’s responses to stress and adversity” (Rutter, 1990b:181). Slik det fremgår i denne definisjonen er resiliens ansett å være et fenomen som beskriver individuelle forskjeller i respondering på stress og motgang, og menneskers evner til å komme tilbake til det samme utgangspunktet som de hadde før selve belastningen inntraff. Videre redegjør Rutter (1990b) for at resiliens innebærer en eller flere prosesser hvor ulike mekanismer interagerer både før, under, og etter møtet med stressende belastninger.

Wright & Masten (2005) mener at to fundamentale kriterier må være oppfylt for å klassifisere et barn som resilient. (1) For det første må det foreligge en signifikant trussel mot individets utvikling. (2) Det andre kriteriet omhandler at kvaliteten av tilpasning eller utvikling i ettertid av påkjenningen må være god. Sagt på en annen måte kan ikke barnet anses som resilient dersom det ikke har blitt utsatt for og overkommet belastninger som anses å svekke normalutviklingen. Dersom det faktisk er en trussel mot individet, men at barnet reagerer med psykiske lidelser i ettertid, så er det heller ikke per definisjon resiliens. Siden resiliens er uløselig knyttet til tilstedeværelse av risiko, skiller det seg fra begreper som kompetanse, positiv fungering og mestring. Selv om en person oppfyller kravene til resiliens på ett tidspunkt og klarer seg tilfredsstillende, betyr det nødvendigvis ikke at personen vil klare seg

godt under alle forhold og at resiliens er evigvarende. Barnet kan vise resilient tilpasning i møte med noen stressorer, men ikke i alle typer stressorer. Resiliens vil dermed variere i henhold til barnets utviklingsstadier og dets sosiokulturelle miljø og er ikke absolutt.

Masten & Powell (2003) understreker at resiliens ikke er et personlighetstrekk hos individet, men at individet manifesterer resiliens i dets atferd og livsmønstre. Luthar & Zelazo (2003) redegjør for at all forskningsrapporter bør inneholde tydelige definisjoner på hva resiliens er, at det refererer til en prosess eller et fenomen, og ikke en egenskap. God tilpasning i møte med motgang avhenger ikke bare av de individuelle trekkene hos individet, men er også påvirket av prosesser i familiekretsen og det større miljøet det er en del av. I lys av de overnevnte kriteriene kan man anse resiliens som summen av individ, belastning og miljø. Samspillet og interaksjonen mellom disse vil være avgjørende for om resiliens i det hele tatt finner sted. For å vurdere om resiliens har oppstått, må man se de to overnevnte kriteriene Wright & Masten (2005) foreslår, knyttet til hverandre. Dette bringer oss videre til det komplekse spørsmålet om hva signifikant trussel betyr, og hva tilfredsstillende tilpassing etter møte med motgang og risiko egentlig innebærer? Dette er et svært komplekst spørsmål som først i senere tid har blitt diskutert.

## **4.3 Tilfredsstillende tilpasning**

En klargjøring av hva som menes med tilfredsstillende tilpasning og det ”å klare seg godt” vil i stor grad være viktig, ikke bare for resiliensforskning, men også for utviklingen av intervensjoner. Det er bred enighet om at kriteriene varierer fra studie til studie, og Masten & Powell (2003) redegjør for at det er en pågående debatt om de beste kriteriene for god tilpasning. Dette dreier seg særlig i tilknytning til å definere god tilpasning i ulike kulturelle sammenhenger, bestemme hvem som skal definere disse kriteriene, og avgjøre hvordan man skal samle forskningsresultater når ulike kriterier har blitt brukt.

### **4.3.1 Risiko og belastning**

Gjennomgang av litteraturen gjør det tydelig at risiko og resiliens er nært beslektet, og at begrepene deler flere likheter enn ulikheter. På det mest grunnleggende deler de samme mål, deriblant å fokusere på barn som møter betydelige trusler mot deres velvære, og det å redegjøre for hva som fører til god tilpasning (Luthar & Zelazo, 2003). Risiko og belastning

utgjør begge en trussel mot barnets psykososiale tilpasning og legger til rette for en negativ framfor positiv utvikling. Under lav risiko eller ingen risiko, er det per definisjon ingen mulighet eller behov for resiliens. Risiko er dermed en forutsetning for resiliensprosessen.

Tidligere forskning på risikofaktorer fokuserte som oftest på én risikofaktor, men det ble fort oppdaget at disse sjeldent opptrår i isolasjon, men som oftest sammen med flere andre risikofaktorer og i ulike kontekster. Nå antar man at de heller omfatter en sekvens belastende variabler, enn bare én enkelt hendelse, at dette som oftest hoper seg opp over tid og er med på å bestemme utfallet. Rutter (1979) redegjør for at det er ikke én bestemt risikofaktor, men heller antallet risikofaktorer i barnets tilværelse som fører til psykopatologi (Rutter, 1979 ref. i Sameroff, Gutman & Peck, 2003). Antallet kumulative risikofaktorer ser ut til å produsere mer konsekvent negative utfall, enn bare én enkeltfaktor. Wright & Masten (2005:19) definerer belastning/motgang som; "Environmental conditions that interfere with or threaten the accomplishment of age-appropriate developmental tasks". Dette er miljømessige forhold som forstyrrer eller truer mestringen av aldersadekvate utviklingsoppgaver. Risiko defineres på samme sted som "An elevated probability of an undesirable outcome", altså en økt sannsynlighet for et uønsket utfall. Smith & Carlson (1997) redegjør for at det å vokse opp i familier preget av konflikter, skilsmisse og ikke minst psykiske lidelser anses å være en risikofaktor da disse er sterkt assosiert med negative utfall hos barna. Risikofaktorene kan bli redusert, og resiliens kan økes ved at man fremmer barnets beskyttelsesfaktorer.

#### **4.3.2 "Å klare seg godt"?**

Hva innebærer det egentlig å ha klart seg bra? Hva er tilfredsstillende tilpasning til tross for å ha vokst opp med en eller to foreldre med psykiske lidelser? Et viktig kriterium blir naturligvis å avgjøre på hvilket tidspunkt barnet ser ut til å ha klart seg. Waaktaar & Christie (2008) redegjør for at kriteriene varierer, men påpeker at den vanligste bruken av kriterier for å oppfylle resiliens og tilfredsstillende tilpasning etter møte med belastninger er; fravær av psykiske diagnoser, evnen til å delta i jobb og skole, sosialt nettverk og selvrapportert fungeringsnivå. Noe annet som er viktig å påpeke er selve belastningen og hvordan denne vil oppleves av individet. Hvordan et individ møter kriteriene for resiliens og tilfredsstillende tilpasning vil åpenbart variere ut i fra hvilke belastninger man har vært utsatt for, men også hvordan individet responderer i ettertid av påkjenningen. Et annet spørsmål som er viktig å spørre er *når* vi måler om tilpasningen er tilfredsstillende. Skal man måle det rett etter selve

belastningen, ett år senere eller mange år etter at belastningen inntraff? I langtidsstudien til Werner og Smith (2001) så de på tilpasning hos deltakere i voksen alder. Kriteriene de brukte for å definere god nok tilpasning i voksen alder var at man var ute i jobb eller gikk på skole, at man var gift eller i et langtidsforhold og at man hadde omsorg ovenfor barn. Videre var et godt forhold til foreldre, søsken, jevnaldrende og antall nære vennskap vektlagt. Selvevaluering i forbindelse med respondentenes lykke ble også vurdert. De undersøkte også hvorvidt respondentene var fornøyd med sin nåværende livssituasjon, ikke misbrukte alkohol og andre rusmidler, samt forekomsten av psykosomatiske eller psykiske lidelser.

God tilpasning har i utviklingslitteraturen blitt definert som barns forventede utvikling i forbindelse med kjønn, alder og sosiokulturelle kontekst. Kompetanse har som regel blitt målt med hvor godt barnet har møtt, og fortsetter å møte, forventningene som er eksplisitt eller implisitt satt i samfunnet der barnet vokser opp. Blant annet blir også kompetanse operasjonalisert i forhold til barnets utvikling av god tilknytning med primære omsorgsgivere, og blant eldre barn i forhold til aspekter av skolefungering som gode akademiske resultater og positive forhold med jevnaldrende og lærere (Wright & Masten, 2005; Luthar, 2006). I denne oppgaven vil definisjonen av tilfredsstillende tilpasning derfor være fravær av psykiske diagnoser, at barnet er innenfor det man kaller normalfungering og har aldersforventet kompetanse, har evnen til å trives og gå på skole, god livskvalitet og har utviklet resiliens etter møte med belastninger.

## **4.4 Kauai-studien**

Kauai-studien gjennomført av Werner og Smith (1992) i 1955 anses for å være en viktig bidragsyter innen resiliensforskning, ettersom den er en av de første longitudinelle studiene som ble direkte gjort på området. Studien startet på et tidspunkt når forskning på barn utsatt for biologisk og psykososial risiko var en sjeldenhet. Fokuset i studien var å beskrive hva som kjennetegnet risikobarna som vokste opp under høyrisiko og fattigdom, og som mot alle odds klarte seg bra. Selv om studien er gammel blir den stadig referert til i litteraturen om resiliens, og grunnen til at den fortsatt har stor relevans er nettopp fordi Werner og Smith (2001) følger 698 individer fra prenatal periode til voksen alder, gjennom 40 år. Målet med studien var todelt; å dokumentere løpet av alle svangerskap og deres utfall fra fødsel til fylte førti år, men også å vurdere de langsiktige konsekvensene prenatale traumer, fattigdom,

foreldrepsykopatologi og ugunstige oppvekstforhold, hadde på den enkelte individs utvikling og tilpasning senere i livet.

Den metodiske tilnærmingen var meget omfattende, og oppfølgingen av barna startet allerede i det de lå i mors mage. Barna ble undersøkt på nytt da de var 1, 2 og 10 år gamle, samt da de fylte 18 og 32 år og vedvarte for 489 deltakere fram til 40-årsalderen. Disse representerer 70 % av de 698 som deltok fra starten i 1955. Datainnsamlingen besto blant annet av intervju av mødre, legeundersøkelser og psykologvurderinger (Werner & Smith, 2001). Over 30 % av barna som deltok i undersøkelsen vokste opp under dårlige kår, med odds mot suksessfull utvikling og ble dermed ansett som risikobarn. Forskerne undersøkte hvor mottakelig barna var for en negativ utvikling når de hadde vært utsatt for minst fire av de antatte risikofaktorene;

- Medfødte misdannelser
- Moderat til alvorlig grad av prenatal stress
- Kronisk fattigdom
- Foreldre med lavt utdanningsnivå
- Alkoholiserende foreldre
- Vold i hjemmet
- Liten stabilitet i hjemmet
- Psykiske lidelser hos foreldre

Disse risikofaktorene predikerte negative utfall og utvikling. To av tre i risikogruppen som erfarte fire eller flere av de overnevnte risikofaktorene før toårsalderen, utviklet senere seriøse lære- og atferdsproblemer før 10 års alderen, hadde kriminelt rulleblad, psykiske lidelser eller tenåringssvangenskap før 18 årsalder. Altså var fire eller flere risikofaktorer en klar prediktor for senere problemutvikling. Ut fra dette, klarte 1/3 (10 %) av barna seg bra til tross for eksponering av risikofaktorer. 72 av disse, 42 jenter og 30 gutter, hadde alle erfart fire eller flere av de overnevnte risikofaktorene før toårsalderen, men til forskernes store overraskelse klarte disse barna og overkomme oddsene og utviklet ikke noen psykopatologi som følge av belastningene. Forskerne valgte å kalle disse barna "Vulnerable but invincible" som senere ble fokus i boken *"Vulnerable but Invincible"* (Werner & Smith, 2001). Ingen av barna utviklet seriøse lærevansker eller atferdsproblemer i senere barndom eller ungdomstid. De klarte seg bra på skolen, i deres sosiale liv, de satte seg realistiske mål og forventinger når de



fullførte skolegangen. De utviklet seg til å bli kompetente og selvstendige, og ikke minst omsorgsfulle individer som uttrykte et ønske for å utnytte alle muligheter til å forbedre seg. Deres utdannings- og yrkesoppnåelse var lik eller bedre enn hos lavrisikobarna i utvalget, som i motsetning til høyrisikobarna som hadde vokst opp i mer velstående og stabile hjemmeforhold (Werner & Smith, 1992).

#### **4.4.1 Hva kjennetegnet de resiliente barna?**

Werner og Smith (1992) identifiserte en stor rekke individuelle- og familie faktorer, men også faktorer utenfor familien som skilte den resiliente gruppen fra de andre høyrisikobarna som senere utviklet seriøse og vedvarende problemer. Som spedbarn hadde de resiliente barna lett temperament som fremkalte positiv oppmerksomhet fra familiemedlemmer så vel som fremmede. Barna hadde også positive forventninger til omgivelsene, samt at de var godlynte og aktive. Ved ettårsalderen ble barna beskrevet av sine foreldre som veldig aktive. Jentene var ”kjærlige” og ”kosete”, mens guttene ”gode av natur” og ”lett å ha med å gjøre”. Som toåringer ble det notert at disse barna var veldig oppmerksomme og autonome, de oppsøkte nye erfaringer og viste positiv sosial orientering og sosial kompetanse. De hadde også utviklet avansert kommunikasjon, bevegelse og selvhjelps-ferdigheter.

Barna i Kauai-studien vokste opp i hjem hvor de hadde nære bånd med minst én omsorgsgiver. Dette var enten foreldre, søsken eller besteforeldre som de fikk mye positiv oppmerksomhet fra når de var spedbarn, og dette var trolig den viktigste beskyttelsesfaktoren. Det ble også rapportert at disse barna hadde fast struktur og regler i hjemmet gjennom oppveksten, noe som også fungerte som en beskyttelsesfaktor. En annen viktig faktor som skilte barna som levde under høyrisiko var foreldrenes utdanningsnivå. Foreldre som hadde fullført videregående hadde mer positiv interaksjon med barna og ga mer emosjonell støtte, selv om de levde under høy fattigdom. Foreldrenes utdanningsnivå var også forbundet med barnas helse og psykiske status før toårsalder, siden barna viste bedre problemløsnings- og leseferdigheter i skolealder enn barn av foreldre uten noe utdanning (Werner & Smith, 2001). Dersom barna ikke hadde tilgang på emosjonell støtte innad familien, fant de resiliente barna støtte også utenfor familien. Støtte fra signifikante andre som besteforeldre, søsken eller barnevakter ble rapportert. Disse spilte en viktig rolle som positive modeller som barna kunne identifisere seg med. Tilgjengeligheten av omsorgspersoner utenfor hjemmet og støttende lærere fungerte som rollemodeller og ledet de unge på realistisk vei når det gjaldt utdanning

og yrkesmuligheter. For noen fungerte også lærere som en venn og en de kunne stole på. Deres kompetanse og omsorgsstil ble sett på som en viktig beskyttelsesfaktor. På skolen ble det rapportert at disse barna kom godt overens med andre barn og hadde mange venner, dette gjaldt særlig for jentene.

Man kan stille seg spørrende om funnene i Kauai-studien kan generaliseres til en større populasjon da de er begrenset til livserfaringene av et bestemt utvalg menn og kvinner på øya Kauai i staten Hawaii. Helt klart mener Werner og Smith (1992), og argumenterer med at det avgjørende for all forskning vil være om sammenlignbare studier har rapportert lignende funn. De redegjør videre for at deres funn og resultater samstemmer bredt med andre studier som også har fulgt barn i høyrisiko fra barndom eller ungdomstid, til senere voksen alder. Siden forskerne studerte de samme respondentene i 40 år, gir dette et enda større grunnlag for argumentet om resiliens som en kontinuerlig prosess og ikke minst som vedvarende. Studien ga også et viktig tilskudd til litteraturen med hensyn til forskningen og fremstillingen av det komplekse samspillet mellom beskyttelsesfaktorer i individet, familien og den bredere sosiale konteksten, som alle bidrar til utviklingen av resiliens hos barn og unge.

## **4.5 Beskyttelsesfaktorer**

Beskyttelsesfaktorer kommer til uttrykk i den grad at de virker beskyttende på barnet og modererer den negative effekten av uønskede omstendigheter i møte med motgang. De har minst to betydninger i litteraturen; (1) individuelle eller miljømessige karakteristikk som reflekterer fraværet av risikofaktorer eller tilstedeværelsen av faktorer som styrker, (2) variabler som demper effekten av risikofaktorer eller styrker de gode effektene (Kaplan, 1999). Garmezy (1983:73) definerer beskyttelsesfaktorer som; "Protective" factors provide resistance to risk and foster outcomes marked by patterns of adaption and competence".

Beskyttelsesfaktorer vil dermed være en modifikasjon av personens reaksjon i en risikosituasjon. En eller flere faktorer virker beskyttende i en situasjon som ellers ville ført til maladaptiv utvikling og symptomer. Faktorene gir motstand mot risiko og danner grunnlag for utfall preget av mønstre av god tilpasning og kompetanse. En beskyttelsesfaktor er derfor kun tydelig når den er sammen med en risikofaktor (Werner, 1990).

Effekten av en beskyttelsesfaktor vil være minimal i lavrisikogrupper, men vil bli forsterket i møte med en eller flere risikofaktorer. Man kan betrakte beskyttelsesfaktorer som en

tredjevariabel som påvirker forbindelsen mellom en risikofaktor og negative utfall (Gjelsvik, 2007). Beskyttelsesfaktorene blir ofte gitt æren for å legge til rette for resiliensprosessen og overvinne risiko, og det er dermed viktig å påpeke den dynamiske interaksjonen mellom faktorene og den sosiale konteksten barnet er en del av. Målet er å finne en balanse mellom beskyttelsesfaktorene og antall stressorer, slik at et positiv tilpasning er mulig. Om de stressende belastningene overgår beskyttelsesfaktorene, vil selv det mest resiliente barnet bukke under. Igjen vil det være viktig å påpeke her slik Rutter gjør, at resiliens ikke er absolutt og må ses på som relativt, og dersom omstendighetene forandrer seg, vil også barnet forandre seg (Rutter, 1990b).

Resiliens- og risikoforskningen har identifisert og bekreftet tallrike beskyttelsesfaktorer hvor nødvendigheten for å kategorisere disse har vært stor. Tre sett av faktorer er svært vanlig blitt nevnt som involvert i utviklingen av resiliens; egenskaper hos barna, aspekter av familien og karakteristikker av deres større sosiale miljø (Werner & Smith, 1992). Kunnskapen omkring disse har senere vært utgangspunkt for både intervensjoner, men også tiltak med formål om å fremme positiv utvikling hos barn og unge som lever under belastende livssituasjoner. I denne oppgaven velger jeg å bruke Garmezy's (1983) tredelte kategorisering av beskyttelsesfaktorer; *individuelle*, *familie-* og faktorer i *miljøet*.

## 4.6 Individuelle beskyttelsesfaktorer

Individuelle beskyttelsesfaktorer er som nevnt faktorer i barnet. De resiliente barna har som oftest et fravær av arvelige belastninger i familien, dette kombinert med medfødt god robusthet. I tillegg har de et lett temperament som gir gode sosiale ferdigheter samt gode intellektuelle ressurser. Disse barna har også levd under gode kår gjennom svangerskapet, noe som trolig har virket inn som en beskyttelsesfaktor senere i oppveksten og voksenlivet (Waaktaar & Christie, 2008). Et barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser er ofte ansett å være i risiko for å utvikle problematferd, i slike tilfeller kan egenskaper hos barnet virke beskyttende og forhindre en negativ utvikling.

### 4.6.1 Temperament

Individuelle faktorer som er relatert til resiliens inkluderer barnets temperament og disposisjoner. Både Rutter (1979) og Garmezy (1985) anser positivt temperament som en av

de viktigste faktorene når det kommer til utviklingen av resiliens (Rutter, 1979 & Garmezy, 1985 ref. i Kumpfer, 1999). Temperament antas å være moderat og stabil på tvers at situasjoner og over tid, at det er biologisk påvirket og at det er observerbart allerede i spedbarnsalder (Deckard, Ivy & Smith, 2005). Flere studier på temperament har vist at spedbarn som er karakterisert som ”vanskelige” eller ”trege å varme opp” har større vanskeligheter for å takle stress enn hva barn med typisk lettere temperament har (Smith & Carlson, 1997). Werner og Smith (1992) fant også gjennom Kauai-studien at spedbarn rapportert av omsorgsgivere som aktive, kosete, lett å ha med å gjøre ofte viste resiliens senere i livet. Barn med lettere temperament framkaller positive responser fra omsorgspersoner og andre, noe som også gjør at det blir lettere å skape gode relasjoner med omsorgsgivere. Dette samstemmer også med Rutter & Quinton’s (1984) langtidsstudie på barn av psykisk syke foreldre. Barnas temperament ble vurdert ut i fra flere karakteristika, eksempelvis om barnet er i godt humør, om det utviser regelmessighet knyttet til sovemønstre og spisevaner, og om det har lett for å tilpasse seg. Barna med typiske lettere temperament klarte seg mye bedre enn barna med vanskeligere temperament. Som nevnt over, betraktes temperament for å være et stabilt personlighetstrekk som er forankret i arvelige egenskaper hos barnet, men hvilke erfaringer barn i samhandling med sine omsorgsgivere har vil ha en betydning for hva som kjennetegner atferden på dette området. Ikke minst har temperament også vist seg å være en viktig egenskap for utviklingen av tilknytning til omsorgspersonene, og medfødte forskjeller i temperament kan ha betydning for hvordan omsorgspersonene reagerer på barnas atferd (Smith & Ulvund, 2008).

Et vanskelig temperament blir sett på som en uheldig faktor, særlig i utviklingen av resiliens. Samtidig vil det å være et snilt barn og ha lett temperament virke beskyttende i risikomiljøer, men det er ikke alltid dette ”lønner” seg. I en undersøkelse gjort i Afrika blant barn i tørkekatastrofer, viste nettopp det motsatte. Barna med vanskelig temperament og som gråt mye hadde størst sjanse for å overleve, i motsetning til barn med lett temperament. Disse barna tiltrakk seg mer oppmerksomhet av omsorgsgivere og fikk en livsnødvendig skvett melk som gjorde at de overlevde risikoen. Denne undersøkelsen viser at en beskyttelsesfaktor kan virke i noen situasjoner, men ikke i andre, og at resiliens alltid må vurderes utfra kulturelle sammenhenger (deVries, 1984).

Rutter (1990b) redegjør for at barn med vanskelig temperament ofte er mer utsatt enn eksempelvis deres søsken som har typisk lettere temperament. Når foreldre er deprimerte lar

de ikke stresset gå utover barna i samme grad, og ofte blir barna med vanskelig temperament særlig utsatt. Forskjell i temperament vil trolig vekke ulike reaksjoner hos omsorgsgivere og omgivelsene, noe som kan påvirke hvordan disse forholder seg til barnet. Det kan tenkes at attraktive og sosiale barn med lettere temperament utløser færre negative reaksjoner fra deres foreldre, og at beskyttelsen fra deres temperament på denne måten blir gjeldene ved at barna i mindre grad utsettes for stressende opplevelser. At barn med lettere temperament trekker til seg positive reaksjoner fra omgivelsene (foreldre) i større grad enn barn som har et vanskelig temperament, ble også rapportert i Kauai-studien (jfr.4.4.1). Dette samstemmer også med transaksjonsmodellen som redegjør for at barns utvikling er et resultat av kontinuerlige og dynamiske interaksjoner til barnet, samt de erfaringene som blir gjort i dets sosiale miljø. Barn påvirker sine omgivelser og omgivelsene påvirker barnet i sin tur (Sameroff, 2009). På denne måten kan foreldre når de er irritable i mindre grad, være tilbøyelige for å la negative følelser komme til uttrykk overfor barn med typisk lettere temperament, enn for barn med vanskelig temperament. Dette samstemmer med Rutter & Quintons (1984) funn om at foreldre ofte lar sin fiendtlige atferd gå utover barnet med vanskeligere temperament.

#### **4.6.2 Sosial kompetanse**

I Kauai-studien ble det trukket fram at de resiliente barna var kjennetegnet ved at de hadde en bedre sosial kompetanse enn de ikke resiliente barna (Werner & Smith, 2001). Forskning har vist at særlig barn av psykisk syke foreldre gjerne har bedre utviklet mestringsstrategier enn andre barn, spesielt sosial kompetanse (Feldman, et al., 1987). Siden mennesker er sosiale av natur, er sosial kompetanse kanskje den viktigste individuelle faktoren som barn bør tilegne seg. Sosial kompetanse omhandler barns ferdigheter i kontakt eller samhandling med andre. Barn som er sosialt dyktige klarer raskt å lese andre individer og fortolke sosiale signaler fra andre. Ogden (2009) definerer sosial kompetanse som et relativt stabilt kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Videre redegjør han for at sosial kompetanse fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, og er en forutsetning for sosial mestring og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap. Sosial kompetanse påvirker hvordan barn og unge har det med seg selv, deriblant følelsen av å være kompetent, akseptert og respektert. I utviklingen av sosial kompetanse står evnen til selvregulering sentralt. I den grad barn er selvregulerte er de i stand til å utøve kontroll over egne handlinger, tenkning og emosjoner for å opprettholde balanse og normalfungering (Schunk & Zimmermann, 2009). Selvregulering

handler om hvordan barn gradvis utvikler selvkontroll over sin oppmerksomhet, følelser og atferd. Slike barn utvikler lettere prososial atferd og er ofte mer populære blant jevnaldrende (Ogden, 2009).

Det å inneha sosial kompetanse og ferdigheter vil kanskje være desto viktigere for barn av psykisk syke, nettopp fordi sosial kompetanse er essensielt for utvikling av, og det å ha vedvarende vennskap. Dette samstemmer med funn i Kauai-studie, de resiliente barna disponerte sosial kompetanse, samt at de var godt likt og hadde mange venner (jfr. 4.4.1). Dette støttes også av en undersøkelse gjort av Ogden, Sørli og Hagen (2008) som fant at sosial kompetanse fungerte som en beskyttelsesfaktor mot belastninger og risiko da det fører til bedre psykisk helse, men også kan fungere forebyggende og redusere sosiale og emosjonelle vansker hos ungdommer. Lav sosial kompetanse var også en sterk prediktor for senere antisosial atferd. Å inneha sosial kompetanse er viktig i seg selv, men det har også vist seg å være sterkt forbundet med positiv utvikling, inkludert positiv akademisk oppnåelse.

## **4.7 Familiemessige beskyttelsesfaktorer**

Tradisjonelle teorier på resiliens har i stor grad fokusert på individer og individuelle faktorer assosiert med tilfredsstillende tilpasning, men nå har man utvidet fokus til å inkludere også den bredere sosiale konteksten (Brooks, 2005). Det er nå veldokumentert at flere av faktorene som bidrar til individets positive utvikling og adekvat tilpasning ligger utenfor individet selv, men blant familie og det ytre miljøet.

### **4.7.1 Foreldrefungering**

Spedbarnet utvikler seg i et sosialt miljø hvor det umiddelbart må bli beskyttet og trenger omsorg av sine omsorgsgivere. For en sunn utvikling og generell suksess i livet trenger barnet først og fremst og få det dekket de primære behovene. I tillegg trenger barnet å tilegne seg kognitive og sosiale ferdigheter, samt emosjonelle behov. Disse ressursene kan betraktes som deler av den generelle kapasiteten for vekst og utvikling (Masten & Monn, 2015). I bunn og grunn handler det om å ivareta barnets fysiske og følelsesmessige behov slik at barnet kan få en følelse av trygghet og føle seg ivaretatt.

Foreldre med psykiske lidelser kan ha nok med seg selv, og det å ha omsorg for et barn i tillegg kan bli ekstra utfordrende. Imidlertid har forskning vist at barn av psykotiske mødre

kalt ”superkids” var mer velfungerende, kreative og talentfulle enn kontrollgruppen. Det ble også påpekt at forskjellen her var at disse barna til tross for mødrenes sykdom hadde en varm og god relasjon til moren sin (Kauffman, et al., 1979). Også i Kauai-studien ble identifisert at de resiliente barna har hatt muligheten til å knytte nære bånd med minst én av foreldrene, der de fikk stabil omsorg og adekvate mengder oppmerksomhet gjennom det første leveåret. Forskerne fant også at god omsorg i barnets første leveår var en av de sterkeste predikatorene for senere resiliens hos barnet (Werner & Smith, 1992). I en annen studie gjort av Resnick (1997) og hans kolleger på nesten 100 000 ungdommer ble det rapportert at det som påvirket ungdommenes atferd mest var den sosiale konteksten, ikke bare jevnaldrende, men særlig tilknytningen med familie og voksne på skolen. Når ungdommene følte kjærlighet og omsorg fra foreldre, økte beskyttelsesfaktorene fire ganger så mye. Hvis de følte tilknytning til en annen på skolen som hørte på deres problemer, økte beskyttelsesfaktorene igjen firedoblet (Resnick, 1997 ref. i Pollack, 2005). Det har også blitt foreslått at gode relasjoner og forhold med foreldre kan øke barnets selvfølelse og at dette er selve beskyttelsesfaktoren, og ikke nødvendigvis et godt foreldre-barn forhold (Rutter, 1990b).

Mye av empirisk forskning indikerer at resiliens og god tilpasning hviler på gode relasjoner (Luthar & Zelazo, 2003). Det tidlige samspillet mellom barn og forelder har også særlig betydning for senere utvikling, noe som samstemmer med kunnskap fra moderne utviklingspsykologi. I slike tilfeller kan det at relasjonen mellom barn og forelder er god, fungere som en beskyttelsesfaktor og kompensere for risikofaktorene som er til stede. Gode relasjoner er viktig både for barnet, men også for foreldrene. Her kan temperament spille en viktig rolle. Om barnet har et typisk lettere temperament, vil det øke sjansen for at foreldrene oppfatter barnet som lett å ha med å gjøre, enn dersom det motsatte hadde vært tilfellet. Dette kan videre føre til positive opplevelser og gode relasjoner mellom foreldre og barn. Som nevnt over tyder mye av forskningen på at barnet bør ha en god tilknytning til minst én av omsorgsgiverne, men i tilfeller hvor barn vokser opp der begge foreldre har en psykisk lidelse vil ikke dette alltid være mulig, og familiemedlemmer kan i slike tilfeller bli en risikofaktor framfor beskyttelsesfaktor.

## **4.8 Nettverket som beskyttelsesfaktor**

Sosial støtte er trolig den mest grundig studerte beskyttelsesmekanismen for moderering av stress og risiko, og er derfor en potensiell beskyttelsesfaktor. Slik det ble nevnt i

introduksjonen, vet vi at mange barn vokser opp der *begge* foreldrene har psykiske lidelser. I slike tilfeller hvor barna har vist resilient tilpasning har blant annet andre alternative omsorgsgivere vært til stede. Da har besteforeldre, eldre søsken, venner og voksne spilt en viktig rolle som surrogatforeldre som barna har identifisert seg med og sett på som positive rollemodeller (Werner, 1990).

#### **4.8.1 Signifikante andre**

Når foreldre med psykiske lidelser ikke lengre kan fungere som omsorgsgiver, er det høyst nødvendig at barnet har signifikante andre det kan støtte seg på. Besteforeldre blir i litteraturen trukket fram som viktige støttespillere når foreldre grunnet psykiske lidelser selv ikke kan gi tilstrekkelig omsorg (Werner, 1990). Crockenberg (1981) demonstrerte at den støtten gitt av besteforeldre til mødre og barn gjennom første leveåret var en viktig prediktor for trygg tilknytning for spedbarn i ettårsalderen (Crockenberg, 1981 ref. i Werner, 1990). Besteforeldre fungerer da som en slags erstatning og kompenserer for foreldrenes manglende omsorg. Werner (1990) rapporterer også at resiliente barn ser ut til å være ekstra flinke til aktivt å rekruttere surrogatforeldre.

I Kauai-studien rapporterte Werner og Smith (2001) at lærere ble ansett for å være viktigste rollemodell for de resiliente barna. Funnene samstemmer også med Hass, Allen og Amoah (2014) som fant at skolen ble et tilfluktssted hvor de unge kunne demonstrere deres akademiske kompetanse og oppnå ny kunnskap. Empati, omsorg og påvirkning gitt av lærere var en viktig form for støtte. Flere rapporterte også at lærere ofte ga motivasjonsstøtte som de kanskje ikke fikk av foreldre, og lærerne fungerte på en måte som surrogatforeldre for de unge, noe som for så vidt samstemmer godt med funnene til Werner og Smith (1992). De opplevde lærerne som varme og at de uttrykte aksept, ikke minst veiledet de elevene sine i riktig retning. Det mest verdsatte bidraget var å få motiverende og informativ støtte. Det at de ble gitt veiledning om farene ved å delta i vanskeligstilte miljø og opplæring i hva som er sosialt akseptert oppførsel, hjalp dem å holde seg på riktig spor. Dette er noe som har vært en sterk bidragsfaktor for utvikling av resiliens hos disse (Hass, et al., 2014).

#### **4.8.2 Venner og jevnaldrende**

Selv om resiliente barn kommer fra fattige og kaotiske hjem, er de likevel godt likt blant jevnaldrende og har ofte en eller flere nære venner, viser funn fra studien til Werner & Smith.



De resiliente barna ser ut til å bevare vennskap over lengre tid siden disse gir dem emosjonell støtte. Funnene gjelder særlig for jenter enn for gutter (Werner, 1990). I studien til Smokowski, Reynolds og Bezruczko (1999) hvor unge ble intervjuet var det imidlertid ambivalente meninger når det kom til betydningen venner hadde. Noen av informantene rapporterte at vennene var trofaste og viktige støttespillere som hjalp dem gjennom ”tykt og tynt”. På den andre siden ble det også rapportert at venner fungerte som negative framfor positive rollemodeller som lærte de unge antisosial og uønsket atferd. Her ser man igjen enda et eksempel på at samme type beskyttelsesfaktor kan virke beskyttende for noen, mens den kan utgjøre en risiko for andre og at resiliens og beskyttelsesfaktorer alltid på ses fra et individuelt perspektiv. De fleste rapporterte imidlertid at de så seg selv i lys av andre jevnaldrende og at de brukte vennene som rollemodeller for å unngå deltakelse i risikoaferd. Ved å se konsekvensene de fikk ved å delta i slik atferd, førte til at de selv ville unngå dette. De unge ga uttrykk for at når man først fant trofaste venner som var ekte, fungerte disse som et familiemedlem og bidro til en positiv utvikling (Smokowski et al., 1999).

## 4.9 Oppsummering

Først i de senere årene har forskningen omkring det komplekse fenomenet resiliens utviklet seg. Interessen for barn som har klart seg bra til tross for eksponering av en rekke risikofaktorer har ledet forskere til å ikke bare fokusere på barn som utvikler problemer. Man har gått fra å kun identifisere risikofaktorer, til å inkludere et bredt spekter faktorer som virker beskyttende. Dette innebærer dermed også at man ønsker å undersøke hvordan man kan fremme beskyttelsesfaktorer og hvordan disse faktisk fungerer. Barn som mangler resiliens og som ikke overkommer risiko, har ofte et fravær av grunnleggende støtte, beskyttelse og de overnevnte beskyttelsesfaktorene som er nødvendige for å få en tilfredsstillende tilpasning. Særlig kan dette være aktuelt for barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser, hvor foreldrene kan være i dårlig stand til å gi god nok omsorg og grunnleggende beskyttelse for barnet. Slik det har blitt redegjort ovenfor kan man se at både forhold ved foreldre- og barn samspillet, men også individuelle egenskaper ved individet, har en signifikant betydning for utviklingen av resiliens.

## 5 Den salutogenetiske modell

Hvorfor er det slik at noen barn blir ”offer” for foreldres psykiske lidelse, mens andre som er utsatt for det samme ser ut til å overvinne denne risikoen? Til tross for eksponeringen av de negative faktorene som barn av foreldre med depresjon og angst kan støte på, viser litteraturen at barn av foreldre med psykiske lidelser likevel vokser opp til å bli velfungerende individer som tar ansvar for seg selv, har gode akademiske prestasjoner, danner nære sosiale relasjoner og klarer seg generelt godt i livet (jfr. 4.5). Imidlertid vet vi at barn som vokser opp med foreldre som har depresjon og angstlidelser kan i større grad oppleve belastende livshendelser og flere vanskelige livssituasjoner gjennom oppveksten. Likevel kan man ikke trekke en lineær årsakssammenheng mellom det å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser og senere problemutvikling hos barna. Den overnevnte Kauai-studien (jfr. 4.5) er et godt eksempel på nettopp dette og har vært en viktig bidragsyter når det kommer til forståelsen på hvordan barn reagerer ulikt til tross for lik påvirkning av risiko. Mye av resiliensforskningen vies til å identifisere beskyttelsesfaktorer, og hvordan det går med barnet vil avhenge av interaksjonen mellom flere komplekse faktorer.

Slik det kom fram i forrige kapittel har resiliensforskningen flere fellestrekk med den salutogenetiske orienteringen, da begge vektlegger de prosessene som bringer individet framover mot friskhet og velvære. Ikke minst illustrerer begge sunnhet hos mennesker som opplever belastninger i livet. Den salutogenetiske modellen kan gi en mulig forklaring på Antonovskys (1987) sentrale spørsmål om hva som gjør at noen mennesker gir etter og utvikler sykdom og stress, mens andre til tross for ekstreme fysiske og psykiske påkjenninger klarer seg overraskende bra. Langeland (2014) redegjør for at teorien om salutogenese kan gi en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring gjennom begrepet ”Sense of Coherence” kan skapes. Jeg ser på begrepet som et viktig element i utviklingen av resiliens og skal utdype det noe nærmere, samt forsøke å sette det i kontekst til barn av foreldre med depresjon og angst. Sammen med Antonovskys ”*Sense of Coherence*” (SOC) og de overnevnte beskyttelsesfaktorene skal jeg forsøke å gi en mulig forklaring på hvordan barn av foreldre med depresjon og angst opplever tilfredsstillende tilpasning i sin livssituasjon.

## 5.1 The "Sense of Coherence" SOC

Det ser ut til at måten mennesker både kognitivt og emosjonelt verdsetter seg selv og deres situasjon kan være avgjørende når det kommer til hvordan de takler stressende opplevelser. Et relevant begrep i denne sammenheng er Antonovskys (1987) "Sense of Coherence" (SOC). Mye av resiliensforskningen bygger nettopp på teorien om SOC, på norsk *en opplevelse av sammenheng*. Teorien om salutogenese medførte et paradigmeskifte fra den *patogenetiske* orienteringen hvor man i stor grad fokuserte på diagnostisering, symptomer og sykdommer, til å sette fokus på hva som bidrar til god helse, *salutogenese* og på hvilke faktorer som bidrar til å redusere eller eliminere risikofaktorer.

Antonovsky (1987) operasjonaliserte SOC ved at han gjennomførte ustrukturerte intervju bestående av 51 personer. Alle deltakerne hadde to karakteristikk til felles; de hadde opplevd store traumer, og at det ble rapportert at de i ettertid taklet det veldig bra og fungerte godt som voksne. Forskerne identifiserte to grupper, og man forsøkte å finne hva som gikk igjen hos den gruppen med sterk SOC, som var fraværende hos den andre gruppen med svak SOC. De identifiserte da særlig tre komponenter som gikk igjen hos de med sterk SOC og som er kjernen i hele begrepet. Antonovsky (1987) presenterer begrepet SOC i rammen av den salutogenetiske modellen, en global orientering for å oppleve livssituasjoner som forståelige, overkommelige og meningsfulle. Han definerer begrepet slik;

*The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement. (Antonovsky, 1987:19).*

Antonovsky (1987) redegjør for at begrepet SOC er fellesnevneren for helsefremmede faktorer. Videre hevder han det at individet er i stand til å sette ting i sammenheng er avgjørende for hvordan det klarer seg i livet. Han mener at høy grad av SOC er en essensiell faktor i salutogenese. Begrepet SOC består av tre viktige komponenter som gir implikasjoner i forståelsen av hvordan mennesker klarer seg bra under fysiske og psykiske påkjenninger; Forståelighet (Comprehensibility), håndterbarhet (Manageability) og mening (Meaningfulness). De tre komponentene er uløselige fra hverandre, men at graden av hver

enkelt faktors tilstedeværelse kan variere noe (Antonovsky, 1987; 2012). For at individet skal oppleve SOC må det først og fremst *forstå* situasjonen det befinner seg i slik at den oppleves som tydelig, strukturert og ordnet. Individet må i tillegg ha tro på at det kan komme fram til ressurser som fører til løsninger og *håndteringer* av situasjonen. I tillegg må individet ha en følelse av å være delaktig i det som skjer og at engasjementet gir *mening*. En slik orientering til livet, mener Antonovsky (1987) tillater valg av hensiktsmessige mestringsstrategier og gir et solid grunnlag for å opprettholde og ikke minst styrke helse og velvære.

### 5.1.1 Forståelighet

Den første komponenten *forståelighet* refererer til i hvilken grad man opplever indre og ytre stimuli som kognitivt forståelige. Stimuli fra indre og ytre miljøer fremstår som ordnet, konsistent og strukturert, framfor kaotisk, tilfeldig og uforklarlig. Sagt på en annen måte, at man er i stand til å se sammenhenger mellom de ulike delene i tilværelsen. Antonovsky (1987) redegjør for at en person som har høy forståelighet forventer at den stimuli han/hun møter i framtiden vil være forutsigbar, og skulle den komme overraskende så vil personen med høy grad av forståelse være i stand til å sette den inn i en naturlig sammenheng som gjør at den oppleves som forståelig og overkommelig. At situasjonen oppleves som forståelig vil imidlertid også kunne øke troen til å komme fram til produktive løsninger.

Barn av foreldre med depresjon og angst kan oppleve foreldres situasjon som uforståelig og forvirrende. I en hverdag hvor foreldre sliter med depresjon og angst kan barna ha bygd opp feiltolkninger og kan ha vanskeligheter med å skille hva som er normal og hva som er uvanlig oppførsel. Som det kom fram i kapittel 3, er barnets alder (jfr. 3.3.4) av viktig betydning når det kommer til senere problemutvikling som følger av foreldres depresjon eller angst. De kognitive, emosjonelle eller psykologiske systemene er muligens enda ikke utviklet slik at barnet kan oppleve å bearbeide seg selv for foreldres lidelse, i stedet for å være i stand til å forstå at dette er noe som ligger utenfor deres kontroll. Skerfving (1996) nevner at kunnskap og forståelse for situasjonen barnet befinner seg i kan virke som en beskyttelsesfaktor. At barnet får kunnskap om foreldrenes lidelse og muligheten til å forstå hvorfor mor eller far oppfører seg på den måten, kan føre til avlastning av skyldfølelse og gjøre barnet sterkere. At barnet har fått tilstrekkelig og god informasjon om foreldres lidelse, kan bidra til at tilværelsen kan oppleves som strukturert og ordnet som i sin tur kan bidra til økt forståelighet. Beardslee (2002) rapporterte lignende resultater i hans arbeid knyttet til barn av depressive

foreldre. De resiliente barna var klar over hva de sto ovenfor, de anerkjente foreldrenes lidelse, visste at de ikke var årsaken til dens utvikling, og klarte å se seg selv separert fra deres foreldre. De kunne sette ord på erfaringene og brukte ulike strategier for å motvirke effekten av foreldrenes lidelse, eksempelvis ved å knytte nære bånd med voksne utenom familien.

Glistrup (2004) redegjør for at bedre innsikt og mer kunnskap om foreldres lidelse vil føre til at barnet i mindre grad forbinder sin egen atferd med foreldres depresjon eller angst. Dette vil kunne medføre reduksjon i risiko for at barnet skal oppleve skyldfølelse og eventuell forestilling om at det kunne ha forhindret sykdommen. Barn som er i bedre stand til å forstå hendelser i deres liv er også bedre i stand til å finne produktive strategier for å mestre disse hendelsene. I NOVA rapporten *"Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser"* kommer det fram at barn ofte ikke forstår at foreldres væremåte er et uttrykk for sykdom og at dette er noe som kan føre til at barna opplever skyld og skam, men også at de påtar seg for mye ansvar i hjemmet. Et tiltak som blant annet ble satt i gang av gruppelederne i prosjektet var å finne andre alternative voksne utenom foreldrene, som barna kunne snakke med og dele dette ansvaret med (NOVA, 2003). At barna i denne sammenheng hadde tilgang på signifikante andre (jfr. 4.8.1) kunne bidra til å sette situasjonen i sammenheng og perspektiv, noe som fungerte lettende på en ellers belastende situasjon. Kaufman et al. (1979) rapporterte også at kompetente barn av deprimerte og schizofrene mødre ofte er i bedre stand til å benytte seg av andre voksne til hjelp i situasjoner hvor stress inntreffer og at dette trolig er en faktor som er med på å utvikle resiliens hos disse barna.

### **5.1.2 Håndterbarhet**

Den andre komponenten *håndterbarhet* omhandler hvilken grad man opplever å ha til rådighet tilstrekkelige ressurser for å mestre de krav og eventuelle belastninger man støter på. Å ha følelse av overkommelighet medfører at man mestrer den uventede situasjonen. I den forstand man har en sterk følelse av overkommelighet vil man ikke oppleve å føle seg som et "offer" for hendelser, eller føle at livet behandler en på en urettferdig måte. Uventede og upraktiske hendelser skjer ofte i livet, men når disse først inntreffer er et individ med høy grad av håndterbarhet i stand til å mestre disse. I stedet for å se på seg selv som et offer forsøker en person med høy grad av håndterbarhet å komme fram til produktive løsninger gjennom bruk av mestringsressurser (Antonovsky, 1987). I en salutogenetisk orientering refereres

mestringsressurser til faktorer som øker en persons motstand i møte med stress (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1999).

Eksempelvis kan barn av foreldre som har depresjon og angst ta i bruk strategier som sosial kompetanse (jfr. 4.6.2). Sosial kompetanse og selvregulering står sentralt og handler om hvordan barn gradvis utvikler selvkontroll over sin oppmerksomhet, følelser og atferd.

Forskning har vist at barn av psykisk syke foreldre har sterkere mestringsferdigheter enn hva andre barn har, og da særlig med hensyn til sosial kompetanse (Feldman, et al., 1987).

Håndterbarhet kan økes ved at barnet identifiserer spesifikke strategier, eksempelvis som å takle foreldres sykdom, endringer av deres tanker og handlinger. Barn av foreldre med depresjon og angst har trolig utviklet unike mestringsferdigheter som gjør dem i stand til å håndtere stressfulle hendelser. Barn mestrer stress i større grad dersom de har utviklet gode kognitive evner og har et lettere temperament (jfr. 4.6.1) og disse barna tiltrekker seg ofte andre mennesker som de finner støtte hos og som de danner nære relasjoner til. Det at sosialt kompetente barn oftere har nære relasjoner til andre, kan også øke sannsynligheten for at de får hjelp i situasjoner hvor uheldige belastninger inntreffer og hvor de er ekstra sårbare for risiko (Mathiesen & Prior, 2006). Graden av håndterbarhet trenger nødvendigvis ikke å avhenge kun av ens egne ressurser og kompetanse, og troen på at andre mennesker eller annen høyere makt vil kunne hjelpe til å overvinne vanskeligheter, er ofte til stede hos individer med høy SOC. I tilfeller hvor eksempelvis begge foreldre har en psykisk lidelse gir ikke de resiliente barna opp, i stedet for håndterer de det ved at de søker andre tilgjengelige personer i nettverket slik som slektninger, lærere eller venner. De resiliente barna utvikler også flere hobbyer og finner andre aktiviteter som beskytter dem mot å bli innviklet i foreldres psykiske lidelse. At de resiliente barna er selvregulerte gjør dem også i stand til å utøve kontroll over egne handlinger, tenkning og emosjoner for å opprettholde balanse og normalfungering (jfr. 4.6.2), noe som i seg selv kan virke beskyttende i ellers konfliktfylte situasjoner.

### **5.1.3 Mening**

Den siste komponenten i Antonovskys SOC er "*mening*" og representerer SOC's motivasjonelle element. Her nevner Antonovsky (1987) at mennesker med sterk SOC ofte snakker om aspekter i livet deres som var viktige for dem, at de i stor grad brydde seg, og at det ga mening for dem, ikke bare kognitivt men også følelsesmessig. Meningskomponenten refererer til den grad individet føler at livet gir mening følelsesmessig, at de problemene man

støter på gjennom livet er verdt å investere energi, forpliktelse og engasjement, og at man tar imot disse utfordringene i stedet for å se på de som byrder som man i stedet vil unnlåte. Her er det viktig å påpeke at dette ikke betyr at dersom man opplever ulykkelige hendelser som død i familien eller eksempelvis psykiske lidelser hos foreldre at man skal være glad over situasjonen. Poenget er heller at når slike uheldige hendelser inntreffer så er individet villig til å ta den utfordringen, finne meningen ved den og gjøre sitt beste for å overkomme situasjonen med verdighet. Antonovsky (1987) anser denne komponenten som kanskje den viktigste da høy opplevelse av mening bidrar til at individet anser situasjonen som mer håndterbar og ikke minst forståelig. Selv om individet har høy opplevelse av forståelighet og håndterbarhet, vil den samlede SOC uten meningskomponenten være svak og bare midlertidig. Er denne komponenten svak, vil individet oppfatte livet som en byrde og hver utfordring vil oppleves som en stor kamp. Selv om barn av foreldre med henholdsvis depresjon og angst ikke forstår hva som feiler foreldrene, så er det mulig at de likevel danner en viss forståelse og aksept rundt foreldres sykdom som igjen kan gi en mening og muligens føre til at situasjonen oppleves i mindre grad forvirrende, men mer overkommelig. At barna til en viss grad klarer å skape en forståelse og mening rundt situasjonen kan trolig fungere som en viktig beskyttelsesfaktor.

Selv om Antonovsky (1987) vektlegger denne komponenten mest, betyr ikke dette at de andre to komponentene ikke er viktige, og han anser likevel suksessfull mestring som avhengig av SOC som et hele. Den samlede SOC gjør at individet er i stand til å reagere på en mer fleksibel måte når han/hun står ovenfor en krevende situasjon. En person med sterk SOC vil i større grad benytte seg av tilgjengelige ressurser for den bestemte situasjonen. Tilstedeværelse av de tre komponentene bidrar til en positiv utvikling når individer utsettes for ulike utfordringer. Antonovsky (1987) redegjør for at SOC fungerer som en ”dirigent” som arrangerer gjennomføringen av ulike mestringsstrategier i henhold til de krav som stilles. Personen med sterk SOC velger de aktuelle mestringsstrategiene som er mest hensiktsmessige når han/hun blir konfrontert med belastninger.

## **5.2 Noen kommentarer til SOC**

Borge (2010) stiller seg noe kritisk til bruken av SOC når det kommer til barn, nettopp fordi SOC i utgangspunktet er konstruert for og med utgangspunkt i voksne resiliente individer med lang livserfaring. Hun mener derfor at begrepet kanskje i like stor grad ikke egner seg for

barn og unge som for voksne. Dette siden barn og unges kognitive fungering umiddelbart ikke kan sammenlignes med voksnes da de enda ikke har hatt de samme livserfaringer som det voksne har, og at dette dermed problematiserer bruken hos barn. Imidlertid viser studier at SOC er til stede allerede i barndommen. Samtidig mener andre at det kan være fruktbart å bruke SOC i belysningen av resiliens også hos barn, og at det også kan fungere som et bakteppe i direkte arbeid med barn og unge i risiko (Olsen & Traavik, 2010). En opplevelse av sammenheng ser ut til å gi resiliente barn og deres omsorgsgivere en følelse av forankring og sammenheng, en overbevisning om at livet gir mening og en tro om at det vil ordne seg til slutt, til tross for ugunstige odds.

En svensk langtidsstudie som ble gjennomført i rammen av "Lundby-prosjektet" i 1947 av Dahlin, Cederblad, Antonovsky & Hagnell (1990) med fokus på mennesker som til tross for barndom i høyrisiko hadde hatt en suksessfull mestring, viste imidlertid at SOC var en sterk variabel. Forskerne intervjuet 148 deltakere i voksen alder hvor de som barn hadde vært utsatt for minst tre eller flere risikofaktorer. Én av risikofaktorene var blant annet å vokse opp med foreldre som hadde psykiske lidelser, blant andre faktorer var dårlige sosioøkonomiske kår, kriminalitet, alkoholisme og skilsmisse. Gjennom omfattende intervju ble SOC foreslått som en sterk forklarende variabel på deres suksessfulle utvikling og tilfredsstillende tilpasning i voksen alder, til tross for en vond barndom.

I en annen omfattende norsk studie utført av Torsheim, Aarøe & Wold (2001) gjorde forskerne noen viktige funn. Formålet med studien var å undersøke interaksjonen mellom SOC og skolerelatert stress i forhold til subjektive helseplager i tidlig ungdomstid. Hele 5026 ungdommer i alder 11, 13 og 15 deltok i studien ved å svare på et spørreskjema, der svarprosenten var på 78 %. Studien indikerte at sterk SOC hos unge kan bidra til mestring av skolerelatert stress, på samme måte som Antonovsky (1987) foreslår at SOC kan hos voksne. Resultatene i denne studien ga et konseptuelt rammeverk for innvirkningen salutogenetiske faktorer kan ha på unges tilpasning til skolerelaterte krav.

En nyere studie gjort av Sagy & Antonovsky (2000) tok sikte på å identifisere hvilke erfaringer i tidlig barndom som kan være med på utviklingen av SOC. Forskerne målte svak SOC hos 50 personer og sterk SOC hos 50 personer og foretok semi-strukturerte intervju hvor deltakerne skulle se tilbake på livet sitt samt spørreskjemaer bestående av 29 spørsmål. To sett med faktorer ble undersøkt; 1 strukturelle kjennetegn ved familien (økonomisk status, utdanningsnivå og kjønn) og 2 barndomsopplevelser i familien (harmoni, balanse, deltakelse i



utformingen av utfall og følelsesmessig nærhet). Resultatene viste at de barndomsopplevelsene som korrelerte høyest med SOC var deltakelse i utformingen av utfall samt deltakelse når beslutninger skulle tas. Slike erfaringer har vist seg å være særlig betydningsfulle i utviklingen av meningskomponenten. At barnet i situasjoner hvor foreldre har psykiske lidelser som depresjon eller angst får muligheten til å være aktør i situasjoner kan være av stor betydning når det gjelder å få en oversikt i situasjonen, samt at den gir oversikt til tilgjengelige mestringsressurser. Et annet interessant funn var at foreldres utdanningsnivå også korrelerte sterkt med utviklingen av SOC i barndommen, noe som også var tilfellet for barna i Kauai-studien. Det som kjennetegnet de resiliente barna var blant annet foreldres utdanningsnivå, noe som viste en sammenheng med barnas senere problemløsningsferdigheter (Werner & Smith, 2001).

Alle de overnevnte studiene underbygger argumentet for at SOC også kan være til stede hos barn og unge. At barn slik Borge (2010) nevner ikke har den samme kognitive fungeringen og livserfaringer som voksne har kan stemme, men dette trenger nødvendigvis ikke å bety at de ikke kan utvikle SOC. Trolig kan flere faktorer både i barnet, og det sosiale nettverket bidra til at barn som vokser opp med foreldre som har depresjon eller angst kan utvikle en ”opplevelse av sammenheng” av situasjonen de er i. Slik det forekommer i den overnevnte definisjonen (jfr. 5.1) er SOC en global orientering til livet, og individer med en sterk SOC har en tillitt til tilgjengelige ressurser for å møte kravene som stilles i belastende eller stressende situasjoner. En slik tillitt kan imidlertid øke sannsynligheten for positive mestringsforventninger, noe som igjen kan moderere effekten som stress kan forårsake (Torsheim et al., 2001). Lande & Lande (2000) redegjør også for at ungdom som har opplevelse av sammenheng (SOC) vil kunne kjenne seg i stand til å ta ansvar for eget liv, og betrakter SOC som en viktig beskyttelsesfaktor. Waaktaar, Christie, Borge & Torgersen (2004) redegjør at å hjelpe barn og unge å finne en sammenheng og mening gjennom å tenke positivt, godta realiteten av deres dårlige erfaringer, unngåelse av selvbearbeidelse for ukontrollerte hendelser, og forsøke å finne tilpasningsdyktige løsninger, bør være fokus i klinisk intervensjon.

## 5.3 Oppsummering

Antonovskys ”Sense of Coherence” er et viktig begrep i forklaringen på hvorfor noen mennesker takler påkjenninger mens andre ser ut til å spore av i utviklingen. Selv om det er

delte meninger når det gjelder om begrepet egner seg for barn, så har det som eksisterer av forskningen på SOC hos barn vist at begrepet kan være en viktig og forklarende variabel til deres suksess. Å knytte de tre komponentene *forståelighet*, *håndterbarhet* og *mening* til beskyttelsesfaktorer ser ut til å gi en desto bedre forklaring på hvordan barn av psykisk syke kan oppleve tilfredsstillende tilpasning til tross for en ellers stressende livssituasjon, enn de identifiserte beskyttelsesfaktorer alene. Slik det fremgår i de tre overnevnte studiene så er det altså mulig at barn også i tidlig barndom kan opparbeide SOC. En salutogenetisk forklaring på hvorfor mange barn av psykisk syke foreldre til tross for store belastninger klarer seg forholdsvis godt, kan være til stor nytte. Dette siden den salutogenetiske modellen gir barnet muligheten til å forstå hvordan det kan lage struktur og orden samt tildele en ellers kaotisk situasjon mening. Et barn som forstår sammenhengen det befinner seg i, som kan håndtere eller påvirke sin situasjon og finne en mening i det som skjer, har mye bedre forutsetninger for å forbli friskt og ha en positiv utvikling.

## 6 Resiliens- implikasjoner for praksis

Siden det estimeres at vi vil stå ovenfor store helseutfordringer med hensyn til psykiske lidelser i framtiden (jfr. 2 og 2.1.1), kan anvendelse av den voksende kunnskapen om resiliens være betydningsfull i å fremme velvære for vanskeligstilte individer i høyrisiko.

Resiliensforskningen kan betraktes som et paradigmeskifte i den forstand at man har tatt et steg videre fra å kun studere effekten av ulike typer risikofaktorer, til i større grad å fokusere på å identifisere faktorer som bidrar til vekst og utvikling. Barn som viser bemerkelsesverdig resiliens i møte med belastninger har nylig kommet i fokus i forskningen, der spørsmål som ”hva kjennetegner disse barna” og ”hvordan kan vi hjelpe andre barn å bli mindre sårbare i møte med livets utfordringer” har blitt stilt. Werner (1990) redegjør for at svar på slike spørsmål i større grad kan gi oss mer håpefulle perspektiver, enn hva litteraturen og studier på barn som gir etter for negative konsekvenser kan. Forskningen på beskyttelsesfaktorer og resiliens gir oss en økt bevissthet rundt de tendensene barn har til å regulere seg mot normalutvikling i de fleste situasjoner, bortsett fra de mest ekstreme og vedvarende forholdene. I tillegg er det en bred enighet om at i arbeid med barn i risikogrupper er det langt mer fornuftig å fremme utviklingen av resiliens tidlig i utviklingsløpet, snarere enn å gjennomføre behandlingsstrategier som er utformet for å ”reparere” allerede eksisterende lidelser blant individer i høyrisiko (Luthar & Cicchetti, 2000a; Luthar, 2006).

Den økende forståelsen av resiliens har vært en stor bidragsyter i forståelsen av hvilke faktorer som øker risikoen for utviklingen av psykiske lidelser, men desto viktigere har den bidratt til økt kunnskap omkring hvilke faktorer som beskytter mot slike negative utfall (Luthar, 2006). Gitt det sentrale fokus på faktorer som bidrar til reduseringen av risiko, besitter resiliensforskningen et potensial når det gjelder hvilke intervensjoner man skal benytte i forebyggende praksis. I stedet for sykeliggjøring ønsker resilienstilnærmingen å gi et overordnet rammeverk for å konseptualisere sosiale problemer, intervensjonsstrategier og praksis (Schoon, 2006). Dette impliserer et skifte fra fokus på kun kriseintervensjon til å betrakte forebygging før alvorlige mistilpasninger har rukket å manifestere seg. En systematisk anvendelse av metoder for å øke resiliens kan forbedre barns utfall og forebygge senere problemutvikling, som har vist seg å være kostnadskrevenende for samfunnet (Kumpfer, 1999). Likevel er det viktig å påpeke at forebyggende arbeid i lys av resiliensforskning utgjør ingen garanti for suksessfull utvikling i møte med risiko og belastninger.

### 6.1.1 Resiliens, et paradigmeskifte?

Resiliensforskning skaper en begrunnelse for å endre vårt fokus fra individuelle mangler og patologi til en utforskning av individuelle og miljømessige styrker. Det kan tenkes at det ligger et potensiale for forebygging i en økende kunnskap og forståelse omkring hvorfor noen barn klarer seg til tross for belastninger. Et sentralt mål for resiliensforskningen er ikke bare å øke kunnskapen omkring individers, familiers og samfunnets styrker, men også forholdene eller kontekstene som er nødvendige for å vedlikeholde, fremme eller forbedre ferdigheter eller kompetent fungering i møte med motgang. Resiliensforskningen tar også sikte på å identifisere de beskyttende prosessene som opererer på individ-, familie- og samfunnsnivå for å muliggjøre tilfredsstillende tilpasning på lang sikt. Slike bidrag har ført til et skifte i fokus utover det rike grunnlaget for forskning som har tatt sikte på å belyse risikoen, problemer og negative konsekvenser som kan oppstå som følge av en livssituasjon preget av stress, motgang eller traumatiske hendelser. Dette paradigmeskiftet innebærer også en revurdering av hvordan tiltak i praksis bør utformes. Dersom man ønsker utforming av tiltak må man involvere barna av tiltakene til selv å være delaktige, heller enn bare mottakere av en tjeneste (Leadbeater, Dodgen & Solarz, 2005).

Kvernbekk (2002:65) redegjør for at "et paradigme er en slags verdensanskuelse som all forskning foregår innenfor; det former forskningens interesser, måten fenomener oppfattes på, kriterier for teorivalg etc.". Et paradigme kan være forskning som deles av, og som oppfattes som mønstergyldig av alle innenfor et forskningsfellesskap. Eksempelvis inneholder et paradigme generelle regler for hva som kjennetegner god vitenskap som styrer all nåværende forskning, selv om de ikke er gjort eksplisitte. Et paradigmeskifte oppstår når forskningen kommer over fenomener som den eksisterende teori ikke kan forklare. Dette paradigmeskifte kalles en *vitenskapelig revolusjon*. Resultatet blir da at nye paradigmer oppstår, noe som fører til at man fortrenger det gamle. Allikevel vil flere forskere holde fast ved det gamle paradigmet, og det oppstår en strid mellom det gamle og det nye paradigmet. Kuhn hevder at dette ikke lar seg løse ved at man sammenligner paradigmene punkt for punkt, siden paradigmene er *inkommensurable* og det finnes ikke noe nøytralt sammenligningsgrunnlag for dem. De gjeldende teoriene er dermed i teoretisk konflikt, de er uforenelige. Om den ene er riktig, så må den andre være feil (Kvernbekk, 2002).

Fokus fra å kun studere hva som fremkaller sykdom, patogenese, til å studere salutogenese, altså hva som bidrar til helse, har i stor grad endret seg. Den patogenetiske tilnærmingen

gjennom sitt fokus på å studere problemer, sykdom og risiko, har ikke i tilstrekkelig grad gitt informasjon om hvilke intervensjoner som fungerer. Selv om fokus har blitt endret fra patogenese til salutogenese, betyr dette nødvendigvis ikke at forskningen skal forkaste den viktige kunnskapen den patogenetiske orienteringen har gitt oss. Vi trenger fortsatt medisinsk forskning omkring symptomer og ulike sykdommer, ikke minst trenger vi også forskning når det gjelder hvordan man kan behandle disse. Imidlertid trenger vi også kunnskap om hva som bidrar til mestring og håndtering av motgang når den først inntreffer. Det er dermed viktig å påpeke at det slettes ikke er slik at den salutogenetiske modellen utelukker eller nødvendigvis fungerer som en erstatning for den patogenetiske orienteringen. Istedenfor kan man betrakte de to som komplementære og mer utfyllende for hverandre. Å forene to ulike orienteringer kan sammen gi et bedre resultat for hva som bidrar til god helse blant befolkningen.

## **6.2 Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)**

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) går ikke under definisjonen av en helsetjeneste, men har likevel en naturlig plass i det forebyggende arbeidet når det gjelder barn og unge (Heyerdahl, 2000). I de fleste tilfeller vil ikke barn ha behov for tjenester som PPT, da deres behov stort sett blir ivaretatt i barnehagen eller i skolen. Imidlertid vil ikke alltid barnehagen og skolen ha muligheten eller tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe eller sette i gang riktige tiltak, i slike tilfeller kan det være behov ekspertise og veiledning. PPT er kommunens eller fylkeskommunens sakkyndige organ. PPT skal bistå skolene og barnehager i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å kunne tilrettelegge opplæringen best mulig for elever med særlige behov. Videre skal PPT jobbe systemrettet og bistå barnehagene og skolene med å sikre at alle barn og unge med særskilte behov får ta del i gode utviklings- og læreprosesser. For at barnet skal henvises til PPT må dets vansker være knyttet opp mot faglige og/eller sosiale vansker. Årsaken til henvisninger kan være mange og sammensatte. Blant disse inngår eksempelvis mistanke om forsinket utvikling, språk- og kommunikasjonsvansker, lærevansker, konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, atferdsvansker, sosiale og emosjonelle vansker og funksjonshemning (Oslokommune.no). I St.meld. nr. 18 (Kunnskapsdepartementet, 2010-2011) presenteres det fire forventninger til PPT;

- PP-tjenesten er tilgjengelig og bidrar til helhet og sammenheng
- PP-tjenesten arbeider forebyggende
- PP-tjenesten bidrar til tidlig innsats i barnehage og skole
- PP-tjenesten er en faglig og kompetent tjeneste i alle kommuner og fylkeskommuner.

### 6.2.1 PPT i et patogenetisk perspektiv?

Institutt for Pedagogikk ved Universitetet i Oslo redegjør for flere retningslinjer for utdanningen pedagogisk-psykologisk rådgivning. For kursområdet ”språk, kommunikasjon og læring” skal studenten blant annet kunne; ”vise teoretisk og praktisk innsikt i forhold som kan hemme eller hindre prosesser som er relaterte til språk, kommunikasjon og læring, både for enkeltindivider og grupper av personer”. For kursområdet ”psykososial utvikling og utviklingsforstyrrelser” skal studenten kunne; ”vise innsikt i forskning og teori om forhold som kan hemme eller hindre utviklingen av personlig og sosial kompetanse og føre til problematferd i ulike situasjoner”. Etter endt studieløp forventes det at studenten skal kunne ”bruke anerkjente tester og andre faglige hjelpemidler i arbeid med diagnose og behandling av problemer hos enkeltpersoner og grupper” (Institutt for Pedagogikk, 2015).

Slik det fremkommer i retningslinjene kan man se tydelige tendenser til at fokus ligger på å *hemme* og *hindre* en negativ utvikling. Med andre ord innebærer dette å identifisere eller kartlegge hva som bidrar til å skape en uheldig utvikling hos barn. Slike tendenser kan man også se hos den patogenetiske orienteringen som ble nevnt over (jfr. 4.1.2). Antonovsky (2012) introduserer begrepet *salutogenese* og argumenterer sterkt for denne. Han mener at *patogenese* lenge har preget helseforskningen, og introduserer den nye orienteringen som et alternativ som legger vekt på hvilke faktorer som bidrar til god helse. I tråd med resiliensforskning er en slik orientering mer optimistisk og mestringsorientert, og har i større grad fokus mot å identifisere faktorer som gjør individet frisk, framfor den sykdoms- og diagnoseorienterte tilnærmingen som lenge har dominert helseforskningen. Det er bred enighet om at den vanlige arbeidsmåten innen helsesektoren har basert seg på den patogenetiske tilnærmingen, men at dette ikke alltid er hensiktsmessig.

Waaktaar & Christie (2008) deler noen av de samme synspunktene, og er enige om at den vanlige arbeidsmåten innen helsesektoren har basert seg på den patogenetiske tilnærmingen, men at dette ikke alltid er hensiktsmessig, og argumenterer for et perspektivskifte innen barn- og ungdomspsykiatrien. Enkelte ville kanskje påpeke at et slikt perspektivskifte ville medføre

at man tar avstand fra individets smerter og vansker, og ignorerer disse. Tvert imot mener Waaktaar & Christie (2008), som tydeliggjør at det vil være mer tilfredsstillende å betrakte individet som en ”overlever” enn å se det som ”skadet”. På denne måten vender man blikket framover og på hva som kan bidra til vekst i stedet for å fokusere på det som er skadet og fraværende. De mener at et slikt nytt syn vil gjøre noe med blikket hos behandlere, og at det å se ting på nye måter kan være en bidragsyter til at man får mer inspirasjon til å tenke nytt men også å gjøre ting annerledes. Det vil også være mer etisk riktig å starte en bearbeidingsprosedyre ved å fokusere på hva man kan gjøre for at barnet skal utvikle god helse og bli friskt, i stedet for å rette for mye fokus på en eventuell diagnose. I utredning og diagnostisering av barn i risiko, trenger ikke nødvendigvis fokuset bare å ligge på risikofaktorer i barnets og familiens livssituasjon, men kanskje i større grad på de beskyttende faktorene de innehar. Dette kan være faktorer og kilder som ligger utenom den formelle støtten, og som kan brukes for å styrke barnets problemløsningsferdigheter og selvfølelse.

Perspektivet på ressurser og ikke bare på problemer kan være en nyttig kunnskap å ta hensyn til i praksis. Waaktaar (2012) viser til helse- og pedagogisk personell når hun sier at selv om normalutvikling er en del av vår grunnutdanning, kan det i den hektiske hverdagen i skolehelsetjenesten være fort gjort å bli pessimist med tanke på barn og unges vanskelige livssituasjon og sterke symptomer. Imidlertid påpeker hun at det er svært god grunn til å forvente at det faktisk vil gå bra med de fleste. Når dette er sagt, betyr det naturligvis ikke at man skal la være å hjelpe barn og unge som er i risiko. Tilstedeværelsen av skolehelsetjeneste med kloke, fleksible og ikke minst kunnskapsrike voksne, som ser og formilder tro og positive forventninger til hver enkelt, vil være en viktig del av sikkerhetsnettet barn i utvikling trenger (Waaktaar, 2012:282).

## **6.3 Fra teori til handling**

Siden barn som mestrer stress og motgang på en tilfredsstillende måte sjeldent møter opp i venterommet hos behandlere, har deres erfaringer i liten grad blitt fokus for utviklingen av klinisk teori og intervensjoner. I flere tiår har epidemiologiske forskere på resiliens oppfordret til at funn fra slike studier på barn som overlever risiko er relevant, og bør innlemmes i klinisk praksis. Og selv om resiliens i senere tid har blitt fokus i forebygging, er kliniske teorier og praksis fortsatt i stor grad basert på forståelsen av mekanismene bak risiko og patologi (Waaktaar et al., 2004).

Forebygging kan defineres som intervensjoner som har til hensikt å hindre utvikling eller redusere forekomsten av menneskelig dysfunksjon og fremme god helse. Det skilles mellom primær, sekundær og tertiær forebygging. Primær forebygging er praktisert før selve belastningen inntreffer. Sekundær forebygging praktiseres etter at selve belastningen har inntruffet men før den har rukket å gjøre ”skade”. Og tertiær forebygging oppstår etter at selve belastningen har blitt erfart, med mål å redusere ytterligere forverring (Sameroff & Fiese, 1990). Gjelsvik (2007:28) redegjør for at resiliensforskning er særlig relevant når det gjelder målrettede intervensjoner. Målrettede intervensjoner er rettet mot populasjoner i risiko for å utvikle psykiske lidelser og velges ut i kraft av enten individuelle eller miljømessige risikokarakteristika. Årsaken til at hun mener at nettopp resiliensforskning er mest informativ når det gjelder utvikling av målrettede intervensjoner, er nettopp fordi barnet må være eksponert for risiko for at det skal kunne karakteriseres som resilient (jfr. 4.3.1). Videre redegjør hun for viktigheten av å bruke kunnskapen om beskyttelsesfaktorer hos barn som viser resiliens for å utvikle intervensjoner for praksis ovenfor barn som er eksponert for samme type risiko, men som ikke har klart seg bra. Å bruke kunnskap om resiliens i praksis, fører med seg et skifte fra mistilpasning til å vurdere kompetanse, og dermed vektlegge forebygging. I tillegg medfører det i større grad oppmerksomhet omkring risikobarns styrker, i stedet for fokus på deres svakheter. Fremgang i forebyggende arbeid med barn og deres foreldre krever en grundig forståelse av hva som gjør at noen opplever god tilpasning og mestring i en ellers utfordrende livssituasjon. Resiliens gir også en systematisk innsikt i prosesser som kan forklare sammenhengen mellom identifiserte sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer (Luthar & Cicchetti, 2000a).

Forskningen omkring barn som har utviklet resilient tilpasning under belastende livssituasjoner har stort sett vært preget av at barna selv på en individuell måte har utviklet resiliens (Werner & Johnson, 1999; Werner, 1992). Med andre ord har det ikke vært satt i gang noen intervensjoner eller tiltak gjennom formell hjelp fra ytre støtteapparater. Likevel kan kunnskapen om hvordan disse barna har utviklet resiliens være til nytte i forebyggende arbeid. Christie og Waaktaar (2008) redegjør for resiliens-grupper som et tiltak som ble utformet gjennom ”*Resiliensbyggende grupper*” ved Nic Waals Institutt i perioden 1996-1999. Tiltaket ble utformet i lys av empirisk forskning på resiliens, og var rettet mot flyktninger- og innvandrerbarn, samt norske barn med psykososiale belastninger. Forskerne ønsket å undersøke hvordan faktorer som har blitt identifisert gjennom forskning, har vist seg å bidra til resilient utvikling hos barn i risiko. De ønsket å se hvordan slik informasjon kan



brukes i intervensjoner for forebyggende arbeid både i skole, barne- og ungdomspsykiatri og pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste. Evalueringen av prosjektet viste imidlertid svært få signifikante forskjeller hos deltakerne i løpet av tiden før intervensjonen og etter. Prosjektet ga dermed ikke grunnlag for å konkludere noen entydig effekt av intervensjonen. Waaktaar og Christie (2008) forklarer dette med at kunnskapen om hvordan resiliensfaktorer faktisk fungerer, fortsatt er vag. Slike resultater gir også indikasjoner på at det ikke bare er tilstrekkelig med kunnskap om *hvilke* faktorer som beskytter, men vi må også forstå *hvordan* disse faktorene faktisk samvirker for å kunne utvikle forebyggende intervensjoner for praksis. Luthar og Cicchetti (2000a) redegjør også for at resiliensforskningen fortsatt mangler et helhetlig teorirammeverk som belyser kompleksiteten og prosessene som er involvert i utviklingen av resiliens og at dette problematiserer bruken av resiliens i praksis og intervensjonsprogrammer. En annen konsekvens for forebyggende intervensjon er at forskere bruker ulike kriterier for hva som karakteriseres som tilfredsstillende tilpasning (jfr. 4.3). I tillegg uttrykker Luthar & Zalazo (2003) bekymring for store forskjeller i hvordan resiliensbegrepet operasjonaliseres i forskningen (jfr. 4.2.1).

Som omtalt i kapittel 4 er det identifisert flere faktorer som ser ut til å virke beskyttende for barn under belastninger. Blant annet finner man individuelle faktorer som sosial kompetanse og lett temperament. Videre ser opplevelse av sammenheng og mening også ut til å virke beskyttende. Når det gjelder faktorer i familien ble blant annet nære relasjoner til omsorgspersoner identifisert som beskyttende, samt foreldres fungering. I forbindelse med faktorer i det ytre miljøet nevnes blant annet betydningen av signifikante andre, venner og jevnaldrende. Når man tar sikte på å skape intervensjoner som virker forebyggende, er det dermed naturlig å fokusere på å styrke én eller flere av disse faktorene samt redusere risikofaktorer som virker truende i barnets livssituasjon. Forebyggende arbeid vil dermed være et forsøk på å skifte fokus fra sårbarhet mot resiliens, dette enten ved å redusere eksponeringen av risikofaktorer, eller ved å øke antallet tilgjengelige beskyttelsesfaktorer i sårbare barns miljø.

Nedenfor vil det bli redegjort for hvordan man kan bruke elementer fra resiliensforskningen og implementere disse i praksis og forebyggende arbeid for barn som er i risiko for negativ utvikling. På bakgrunn av resiliensforskning gir Rutter (2000) anbefalinger til intervensjon, og mener at resiliens vil kunne styrkes med tiltak både før, under og etter at belastningen har inntruffet. Han nevner blant annet metoder som tar sikte på å øke positive kjedereaksjoner,

legge grunnlag for nøytraliserende eller kompenserende erfaringer og reduksjon av negative kjedereaksjoner. Hensikten med tiltakene og implikasjonene som presenteres her er ikke at de skal fungere som en ”oppskrift”, men heller som ideer hvor man kan skifte fokus fra kun å vektlegge risikofaktorer og årsaken til negativ utvikling, til i større grad legge vekt på tilfredsstillende utvikling i møte med stressende belastninger.

## 6.4 Redusere negative kjedereaksjoner

På samme måte som man har identifisert utallige beskyttelsesfaktorer, har man også gjennom forskning identifisert en rekke risikofaktorer. Det er godt dokumentert at det særlig er kombinasjonen av disse som utgjør en trussel for psykisk helse. Risikofaktorer utgjør størst skade når flere faktorer opererer samtidig. Negative miljøer ser ut til å følge hverandre slik at belastningene vedvarer og den negative utviklingen fortsetter og utvikle seg (Rutter, 2000). Et barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser kan komme inn i en negativ sirkel, som kan være vanskelig å bryte. Som det ble nevnt over kan hverdagsrutiner fort bli nedprioritert hos foreldre med angst eller depresjon (jfr. 3.3.2). Barnet kan oppleve strukturelle endringer i rutiner, at man kanskje går til sengs senere enn vanligvis, at man spiser til unormale tider, noe som igjen kan ha en innvirkning på konsentrasjonen på skolen, som igjen vil kunne påvirke barnets prestasjoner og muligens resultater. På denne måten kommer barnet inn i negative kjedereaksjoner som fortsetter å utvikle seg i en negativ retning. For at barnet skal utvikle resilient tilpasning er det viktig å redusere slike negative faktorer som kan føre til uheldige konsekvenser.

Kauai-studien (jfr. 4.4) viste at de barna som var utsatt for fire eller flere risikofaktorer, utgjorde en klar prediktor for senere problemutvikling hos barna. De fleste ungdommene i Kauai-studien som senere utviklet psykiske lidelser eller var innblandet i kriminalitet, hadde opplevd mange risikofaktorer gjennom oppveksten (Werner & Smith, 1992). Når risikofaktorene overskygger beskyttelsesfaktorene, kan selv det mest resiliente barnet utvikle problemer. I lys av dette vil det være viktig å rette tiltak mot barn som opplever flere risikofaktorer, og redusere både antall og styrke av belastningene i barnets livssituasjon. Rutter (2000) bruker uttrykket *negative kjedereaksjoner* om hendelser som kan bidra til å forsterke vansker hos barnet som i utgangspunktet var der. Altså negative kjedereaksjoner følger risikoeksponeringen og som tjener til å videreføre risikoeffekter. En risikofaktor opptrer sjeldent alene, og belastningene kan inngå i gjensidige forsterkende negative

kjedereaksjoner som kan være vanskelig å bryte. Slike kjedereaksjoner spiller trolig en avgjørende rolle på lang sikt når det gjelder uønskede følgetilstander som kan stamme fra risikoerfaringer (Rutter, 1987).

### 6.4.1 Tidlig innsats

Det barn opplever og gjør tidlig i livet danner i stor grad grunnlag for resten av livet. Barndomsårene kan gi et godt grunnlag for et langt og sunt livsløp. Jo tidligere barns problemer oppstår, og jo lengre varighet, desto større vil sårbarheten for senere problemutvikling være (Waaktaar, 2012). Konvensjonell praksis har stort sett basert seg på intervensjon og tiltak *etter* at barnet har utviklet vansker eller psykopatologi, og behandling har da blitt gitt dersom man har tilgjengelige tjenester, og dersom familien aksepterer hjelpen (Pless & Stein, 1994). Forebyggende programmer er typisk tilbudt *før* problemene eller symptomene har rukket å bli alvorlige.

Siden barns psykiske utvikling er knyttet til oppvekstforholdene i kjernefamilien, samt i barnehage og skole, bør man først og fremst ta sikte på å implementere det forebyggende arbeidet i disse arenaene. Å identifisere barn i risiko kan være særlig vanskelig, da man ofte kan tro at deres uvanlige oppførsel skyldes en normativ utvikling. Ofte kan personalet som jobber med barnet, enten lærere eller annen skolepersonell ha en ”vente å se an-holdning” og tro at barnet trolig vil vokse ut av problemene, noe som i mange tilfeller viser seg å være feil, og som kan være til hinder når det gjelder tidlig intervensjon (Kunnskapsdepartementet, 2010-2011). Blant de fire forventningene Kunnskapsdepartementet hadde til PPT (jfr. 6.2), var én av de blant annet ideen om tidlig innsats, og introduserte av den grunn ”tidlig innsats” som strategi. Departementet redegjør videre for at barnehagen og skolen må bli bedre når det gjelder å fange opp, og ikke minst å følge opp de barna som trenger hjelp og støtte. Gode læringsmiljøer bidrar til å skape motivasjon og forebygger vansker, dermed kan tilpasset opplæring og tidlig innsats være med på å sikre høyest mulig læringsutbytte og forebygge utviklingen av vansker (Kunnskapsdepartementet, 2010-2011).

Tidlig innsats kan være å gripe inn tidlig i barnets liv, eller å gripe inn når problemer har blitt identifisert eller oppstått, for å forebygge at problemene utarter seg til å bli større og mer problematiske og ikke ender i en permanent tilstand. Tanken er at desto tidligere man setter inn støtte eller tiltak, desto større vil sannsynligheten være for å oppnå en positiv effekt (Schultz-Jørgensen, Egenlund & Hermann, 1993). Hensikten med tidlig innsats er at

forebyggende arbeid, tilrettelegging av miljøet, og pedagogiske tiltak på sikt skal føre til en reduksjon når det kommer til behovet for individuelle tiltak, og at dette skal skje uten at det fattes enkeltvedtak for det gjeldende barnet (Kunnskapsdepartementet, 2010-2011). I lys av dette skal PPT som instans komme tettere inn på barnehagene og skolene og arbeide mer systemrettet slik at barnehagene og skolene kan bli bedre til å fange opp og ikke minst følge opp de barna som er i risiko for problemutvikling. Å sette inn tiltak tidlig før problemene har rukket å utvikle seg større, vil trolig kunne være mindre kostbart enn hva en eventuell behandling vil være når problemene har rukket å utvikle seg til å bli større og mer alvorlige. En sen intervensjon kan muligens også motvirke en resilient utvikling og muligens føre til at barnets problemer utarter seg til å bli større, enn hva tilfellet hadde vært dersom tiltak hadde vært satt i gang tidligere.

#### **6.4.2 Identifisere barn i risiko**

Første steg i forebyggende arbeid vil naturligvis være å identifisere de barna som er i risiko for negativ utvikling. Det er fortsatt usikkert i hvor stor grad psykopatologi i kombinasjon med risikofaktorer kan produsere betydelig større risiko. Å identifisere risikofaktorer som kan være truende for barnet gir forestilling om at grunnlaget for å gripe inn mer effektivt vil være bedre (Pless & Stein, 1994). Det er store individuelle forskjeller blant høyrisikobarn når det gjelder deres respons på både negative og positive omstendigheter, noe som tilsier at noen vil ha større behov for hjelp enn andre. I tillegg vet vi overraskende nok fortsatt lite når det kommer til individuelle forskjeller i sårbarheter for stress. Dermed er det viktig å ta individuelle forskjeller med i betraktningen når det kommer til forebyggende arbeid med barn.

Da alle barn er forskjellige og kan reagere forskjellig i møte med risikofaktorer men også beskyttelsesfaktorer, er det desto viktigere å kjenne barnet godt. Som pedagogisk-psykologisk rådgiver er man ikke tilstede i barnets liv i like stor grad som eksempelvis foreldre og lærere, noe som problematiserer hvordan man skal vite hva som fungerer best for hvert barn og hvilke tiltak som skal iverksettes. Det vil i stor grad være viktig å skaffe seg informasjon om barnet og kjenne til barnets historikk. I første omgang er det viktig å redegjøre for hvilke barn som er i høyst risiko for negativ utvikling. Dermed vil det være av stor nytte å vurdere de tiltakene man setter inn, enten det dreier seg om å redusere risikofaktorer og belastninger, eller å styrke beskyttende faktorer. Videre vil det være viktig å identifisere

beskyttelsesfaktorene, for deretter å undersøke om disse er kausale. En kausal beskyttelsesfaktor øker sannsynligheten for et positivt utfall når de blir manipulert (Gjelsvik, 2010). De kausale beskyttelsesfaktorene er verdifulle i forståelsen av resiliens og ikke minst for implikasjoner av forebyggende tiltak, da disse faktisk bidrar til positive utfall. Siden en beskyttelsesfaktor nesten aldri virker alene, må man undersøke hvordan den samvirker med andre beskyttelsesfaktorer og ikke minst med risikofaktorer.

### **6.4.3 Reduksjon av risikofaktorer**

Barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser er utsatt for en rekke risikofaktorer. Målet med intervensjon bør være å ta sikte på å redusere de overnevnte risikofaktorene (jfr. 3.3). Å redusere effekten en risikofaktor har på individet, er i følge Rutter (1987) en avgjørende mekanisme og dette skjer sannsynligvis på to ganske så ulike måter; i en forandring av betydningen eller faren i forbindelse med risikovariabelen for barnet, eller i forandring av barnets eksponering for, eller nær involvering med risikosituasjonen. Den første ruten gir uttrykk for at de fleste risikofaktorer ikke er absolutter som er uavhengig av individets vurdering av og kognitiv bearbeiding av de. Dette impliserer at risikofaktorer ikke er utenfor barnets egen oppfatning, og at oppfatningen av disse kan endres siden de ikke er absolutte noe som underbygger viktigheten av å finne og implementere riktige tiltak. Den andre ruten skjer gjennom mekanismer som endrer barnets eksponering for risikosituasjonen, eller som reduserer barnets involvering i dens risikable aspekter. Eksempelvis kan barn av alvorlig psykisk syke foreldre utvikle sosiale bånd med andre familiemedlemmer, eller andre utenom familien som kan skjerme de mot de negative belastningene i hjemmet. Kauai-studien viste også at de barna som hadde en resilient utvikling i større grad distanserte seg fra risikosituasjonen og søkte belønninger utenfor hjemmet og familien (Werner & Smith, 1992). Redusert risikopåvirkning kan oppnås eksempelvis ved at barn av psykisk syke foreldre unngår direkte kontakt ved risikofaktoren. Altså når lidelsen er på sitt verste, bør barna ikke bli eksponert for foreldres atferd og sykdom. Eksponeringsgraden minskes ved at barnet unngår å bli dratt inn i disharmoniske forhold i hjemmet (Rutter & Quinton, 1984). I tilfeller hvor reduksjon av risikofaktorer ikke lar seg gjøre, bør intervensjonsstrategier ta sikte på å styrke barnets psykososiale ressurser.

## 6.5 Fremme positive kjedereaksjoner

Forebygging og intervensjoner for praksis handler ikke kun om å redusere risikofaktorer og symptomer hos barnet, men betydningen av å styrke beskyttelsesfaktorer står også sentralt. Risikofaktorer betraktes vanligvis som årsaken til utviklingen av symptomer og vansker. I lys av dette vil en måte å fjerne symptomene og vanskene på være å redusere eller fjerne risikofaktorene. Waaktaar (2012:280) nevner at dersom barn og unge i skolen er ukonsentrert grunnet vold i hjemmet, kan det eksempelvis være til å hjelp å sette inn tiltak som stopper mishandlingen. Likevel er det ikke ofte man kan gjøre noe med selve risikofaktoren. Hun nevner også at alvorlig- eller kronisk sykdom i familien, arbeidsledighet, økonomiske problemer, rusproblemer eller psykiske lidelser kan være vanskelig å eliminere. Et alternativ kan da være å tenke i retningen beskyttelsesfaktorer, og fremme disse. En beskyttelsesfaktor har som hensikt å redusere effekten av risikofaktorer (jfr. 4.5). Å styrke en beskyttelsesfaktor vil trolig ha en påvirkningseffekt også på andre beskyttelsesfaktorer som kan lede til flere positive kjedereaksjoner.

På samme måte som at det er godt dokumentert at det ikke bare er en risikofaktor som opererer alene, holder det heller ikke med bare en beskyttelsesfaktor. En beskyttelsesfaktor alene kan være for lite til å fungere beskyttende i møte med stress. Så lenge balansen mellom risikofaktorene og beskyttelsesfaktorene er tilfredsstillende, vil vellykket tilpasning være mulig. Å øke de beskyttende ressursene i både kvalitet og antall vil trolig kunne forbedre positiv tilpasning generelt. Slik det kom fram gjennom beskyttelsesfaktorer (jfr. 4.7-4.8) kan støttende og stabile familieforhold og nære bånd i det større sosiale miljøet ha en kompensierende effekt for en ellers risikofylt livssituasjon. I tillegg viser funn at individer utsatt for risiko har en tendens til å utvikle muligheter og strategier på hvordan de skal respondere når motgang oppstår. Ved å identifisere, og bygge på de styrkene hos individer som vokser opp under uheldige omstendigheter, kan føre til økt kompetanse og stimulere til positive endringer. I forebyggende arbeid er ofte hensikten å fjerne eller redusere risiko som er funnet å være relatert til negativ utvikling. Fokus ligger dermed på å forbedre eller å ufarliggjøre en situasjon. En alternativ måte å jobbe på vil være å utvikle forebyggende programmer som tar sikte på å styrke beskyttelsesfaktorer som beskytter barna mot virkningene av risikofaktorene. En slik tankegang bygger på barnets allerede eksisterende kapasitet, framfor å reparere problemene som har oppstått.

### 6.5.1 Personlige egenskaper

Barn som overkommer belastninger som eksempelvis psykiske lidelser hos foreldre, besitter trolig unike ferdigheter eller kompetanse som gjøre dem i stand til å takle belastningene på en tilfredsstillende måte. Ferdigheter og kompetanse refererer i denne sammenheng til barns unike personlige egenskaper som gjør dem i stand til å motstå risiko (Feldman et al., 1987). Rutter (2000) tydeliggjør at barn i risiko må få hjelp til å utnytte deres personlige egenskaper på måter som er sosialt positive i stedet for forstyrrende. Som et eksempel nevner han temperament som en faktor. Positive egenskaper har en tendens til å fremkalle varme og støttende responser fra omgivelsene (jfr.4.6.1) og ble fremhevet som en viktig beskyttelsesfaktor også i Werner og Smiths (1992) studie. Rutter (2000) argumenterer for at den praktiske implikasjonen er at vi trenger et skifte når det gjelder synet på at temperamentegenskaper er noe som kun ligger i personen, til å betrakte at deres viktighet ligger i effekter på interpersonlige interaksjoner.

Barn som har muligheter til å bruke sine personlige egenskaper og talenter, som enkelt tilpasser seg omgivelsene, snakker ut om sin tilværelse, har evnen til å skape positive relasjoner til andre, vil i større grad bedre forutsetninger for å overkomme en vanskelig livssituasjon. Når det gjelder implikasjoner for praksis, kan det tenkes at dette vil innebære at fokuset i tiltak blir å skape situasjoner og kontekster i barnets livssituasjon som fordrer positive fremfor negative personlige egenskaper. Barn fra resiliensstudier har ikke blitt fortalt om resiliensfaktorene på forhånd, og bruker ikke resiliensfaktorer bevisst som terapi. I stedet er det tilbud eller aktiviteter i nærmiljøet, og personer i deres nettverk som kan bidra til å vekke disse faktorene hos barna (Waaktaar & Christie, 2008). Det kan tenkes at muliggjøringen av slike kontekster og situasjoner er viktige ettersom disse kan være fraværende i hjem hos barn av psykisk syke foreldre. Selv om det blir trukket frem ovenfor at vanskelig temperament kan utgjøre en risikofaktor, er det allikevel viktig å fokusere på å tilpasse omgivelser som undergraver betydningen og muligheten for denne til vokse frem.

### 6.5.2 "Self- efficacy"

"Self-efficacy" referer til det enkelte individs oppfatning av egne evner. Bandura (1997:3) definerer begrepet slik: "Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments".

Definisjonen redegjør for vår tro på egne krefter til å håndtere ulike oppgaver for å oppnå

ønskede resultater. Altså hvilke tanker og oppfatninger vi har om våre egne muligheter og evner til å er med på å styre hvilke læringsoppgaver og utfordringer vi griper. En slik tankegang er nært bundet med Antonovskys (2012) hvor han argumenterer for at dersom mennesker definerer situasjoner som endelige og overkommelige, vil de bli endelige i deres konsekvenser. Ved å ha forventninger til oss selv om at vi har den evnen som trengs for å påvirke forhold som anses å være viktige for oss, styrkes vår tro på egne krefter og ikke minst de mulighetene for å nå de målene vi har satt oss (Olsen & Traavik, 2010). Rutter (1987) redegjør for at skolen som arena kan fungere som en beskyttelsesfaktor for barn under risiko fordi den kan bidra til å øke barnets "self-efficacy" og selvfølelse ved å gi muligheter for opplevelse av suksess når det kommer til oppgaver som anses som viktige for barnet og muliggjøre utviklingen av sosial- og problemløsningsstrategier. Den eksisterende litteratur redegjør for at det kan virke beskyttende for barnet å ha en velutviklet følelse av ens egen verd samt tillitt og overbevisning om at man som individ er i stand til effektivt å takle eventuelle utfordringer og krav som dukker opp. I Kauai-studien kom det også fram at de barna som klarte seg godt, også hadde en sterk vilje. De hadde ønsker om å planlegge deres egen framtid, samt sette seg realistiske mål, noe som krever at man har troen på egne evner (self-efficacy) om at man kan klare å gjennomføre de målene man setter seg (Werner & Smith, 2001). Rutter (1987) redegjør for at det er begrenset forskning omkring hvordan man kan styrke slike forhold, men foreslår at trygge og harmoniske forhold samt suksessfulle resultater og erfaringer som er viktige for individet, kan være med på å styrke dets selvfølelse.

Forskning viser til at utviklingen av "self-efficacy" skjer gjennom tilknytning og harmoniske relasjoner (Kaplan, 1999). Tilstedeværelsen av en tilgjengelig lærer eller andre medelever kan bidra til å øke muligheter for å oppnå mestring hos eksempelvis barn av psykisk syke, hvor foreldre kanskje i like stor grad ikke er tilstede. I tillegg kan barna se på eventuelle vansker som måtte oppstå når det gjelder å vokse opp med foreldre som har en psykisk lidelse som overkommelige utfordringer i stedet for problemer som er uløselige dersom de har utviklet "self-efficacy". Slike barn vil trolig kunne bruke ulike løsninger og strategier for å overkomme vanskene og oppnå mestring. Det å inneha en slik evne kan muligens bidra til å redusere sårbarheten for stress og muligens psykiske lidelser, og dermed fremme god helse. "Self-efficacy" vil altså kunne virke beskyttende på individet i den forstand at de som har utviklet denne evnen opplever at de har følelsen av kontroll i risikosituasjoner som virker truende. I tillegg har de en forventning om at de vil kunne overvinne risikoen gjennom bruk av mestringsstrategier og forsøk på tilpasning kontra passivitet. Olsen & Traavik (2010)



redegjør også for at det å takle utfordringer kan bidra til at man vokser med motgang og takle stress på en mer positiv måte, også senere i livet. Barn som har utviklet ”self-efficacy” opplever i mindre grad avvísning av jevnaldrende, og har trolig mer venner enn barn som ikke har utviklet en slik evne (Bandura, 1997). At barn av psykisk syke har utviklet en slik evne vil trolig kunne virke beskyttende i en ellers risikofylt livssituasjon og ha en positiv effekt på deres utvikling.

### **6.5.3 Styrke tilgjengelige relasjoner**

Luthar (2006) hevder at resiliens hviler på gode relasjoner, og ser på gode relasjoner som en sentral faktor når det gjelder utviklingen av tilfredsstillende tilpasning. Når en psykisk lidelse rammer familien, har de fleste muligheten til å støtte seg på andre i slekten, venner eller sosiale tjenester for å få hjelp til å takle problemene, enten de er direkte eller indirekte assosiert med lidelsen. Støtte fra andre kan redusere sannsynligheten for at andre i familien utvikler psykiske lidelser, men også hjelpe familien på en lettere måte å takle at et familiemedlem er syk (Feldman et al., 1987). I tilfeller hvor foreldre grunnet psykiske lidelser lengre ikke kan gi barnet den nødvendige støtten, kan andre i barnets miljø fungere som alternative støtte. I mange studier, og også i Kauai-studien viste det seg at de resiliente barna hadde positive relasjoner til minst én person, i miljøet, i tillegg kom det fram at disse barna også var godt likt og populære blant andre (Werner & Smith, 1992; Werner, 1990). Eksempelvis kan dette enten være besteforeldre, eldre søsken, personale fra barnehage og lærere. I mange tilfeller kan det være bedre å styrke slike allerede eksisterende uformelle relasjoner, enn å utsette barnet for levering av tjenester gjennom byråkratiet. Dette kan trolig også i følge Werner (1990) være mindre kostbart. Foreldre med psykiske lidelser har ofte et begrenset nettverk, og enkelte vil kunne distansere seg fra nettverket grunnet sin lidelse (Killén, 2013). Tiltak bør ta sikte på å styrke allerede eksisterende nettverk, behandle belastende nettverk eller bidra til utviklingen av nye da dette kan bidra til styrke barnets forhold til andre voksne. Gjennom å styrke barnets nettverk og relasjoner til andre kan det bidra til at barnet får flere støttende samspillsrelasjoner som de kan danne tilknytning til. Killén (2014) redegjør at dersom man unnlater å investere styrke i familiens sosiale nettverk kan dette bidra til en økt avhengighet av det profesjonelle hjelpeapparatet.

Etter hvert som barnet blir eldre kan også gode relasjoner til jevnaldrende være sentralt i utviklingen av resiliens. I tillegg vil det å ha gode relasjoner til andre og jevnaldrende trolig

kunne være med på å styrke barnets sosiale kompetanse og fremme prososial atferd (jfr. 4.6.2). I en norsk studie gjort av Waaktaar (2004) og kolleger, ble positive forhold med jevnaldrende trukket fram som én av fire viktige resiliensfaktorer og ble grunnlag for intervensjon. Gjennom intervensjonen lå fokus i å jobbe sammen i grupper med jevnaldrende, hvor målet var å fremme prososiale, støttende og aksepterende interaksjoner. Påvirkninger fra jevnaldrende kan fremme prososial atferd og generelt virke beskyttende for barn i risiko. Venner og jevnaldrende antas å være av sentral betydning, men imidlertid bør ikke vennene tilhøre risiko-belastende miljøer, da nettopp dette kan utgjøre en risikofaktor slik studien til Smokowsky et al., (1999) (jfr. 4.8.2). I stedet for bør fokus gjennom tiltak ligge i å bidra til at barnet utvikler prososiale vennskap som kan fungere støttende og som gode rollemodeller.

## **6.6 Implikasjoner for framtidig forskning**

Eksisterende empiri på området resiliens deler en bred enighet om at man fortsatt har en lang vei å gå når det gjelder å forstå prosessene som ligger bak utviklingen av fenomenet resiliens. Å forstå sammenhengen og diskontinuiteten, samt individuelle forskjeller i styrke og kompetanse, i tillegg til de ressursene som opprettholder eller fremmer tilfredsstillende tilpasning i møte med motgang, bør alle være fokuset i framtidig forskning. Longitudinelle studier som tar sikte på å studere barn som viser resiliens til tross for store belastninger vil være nødvendig, særlig knyttet til norske forhold. Da resiliens kan anses som en utviklingsprosess som verken er medfødt eller evigvarende når den først er oppnådd, bør den studeres longitudinelt. Slik forskning vil gi oss viktig innsikt i hvordan resiliens utvikles, men også hvordan kan svekkes over tid. Når det gjelder utviklingen av intervensjonsprogrammer og kunnskap omkring forebyggende tiltak, er det nødvendig at resiliensforskningen inkluderer flere analysenivåer (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Eksisterende forskning på resiliens har i stor grad basert seg på å studere individuelle og familiemessige faktorer, og i mindre grad eksterne eller ytre faktorer som også kan være viktige, særlig når det gjelder utviklingen av intervensjonsprogrammer. Resiliens eksisterer ikke kun på individnivå, dermed må framtidig forskning i større grad ta sikte på å inkludere også ytre støttesystemer. Mer forskning omkring hvordan formelle institusjoner som PPT, skoler, og andre sosiale tjenester kan bidra til å fremme resiliensfaktorer hos barn i risiko bør være en prioritet i framtiden.

Luthar, Cicchetti & Becker (2000b) tydeliggjør at framtidig forskning bør ta sikte på klargjøring og konsis bruk av begreper og terminologier. Alle forskningsrapporter må inneha

klare og presise uttalelser når de kommer til kriterier som brukes for å operasjonalisere resiliens. Det vil si, de spesifikke metodene som brukes for å måle både kompetanse og motgang. I tillegg nevnes det at resiliensforskere må presentere deres studier i et klart og tydelig skissert teoretisk rammeverk. Det er også et behov for mer forskning på resiliens på forskjellige tidspunkter i den menneskelige utviklingen. Da det meste av resiliensforskning stort sett har basert seg på studier omkring barn, og resiliens også kan opparbeides på et hvilket som helst tidspunkt i livet, er det av særlig betydning å forske på mennesker i risiko og deres positive utfall også senere i livet. I tillegg vil det være av stor nytte at framtidig forskning tar sikte på å redegjøre for om hvordan resiliens er en prosess som kan endres gjennom intervensjon, og om resiliens kan læres (Rolf & Johnson, 1999).

Å identifisere en rekke beskyttelsesfaktorer er en ting, men å vite hvordan de faktisk fungerer er noe annet. Prosessen og samvirke mellom beskyttelsesfaktorer er ikke godt nok dokumentert gjennom nåværende forskning (Smokowsky, et al., 1999; Waaktaar et al., 2004). Rutter (1990) sier seg enig her og mener at i stedet for å forske på og identifisere flere faktorer, bør man heller fokusere på beskyttelsesmekanismer og prosesser. Å identifisere en rekke beskyttelsesfaktorer gir oss ikke informativ kunnskap om hvilke prosesser som ligger til grunn for et resilient utfall. Vi må spørre oss hvorfor noen individer klarer å opprettholde et godt selv og god fungering til tross for møte med de samme belastninger som førte til at andre bøyde av og mistet håpet. Derfor argumenterer han for at målet ikke er å identifisere et bredt spekter med faktorer, men heller å *forstå* utvikling og situasjonelle mekanismer som er involvert i selve beskyttelsesprosessen. Selv om resiliens-forskere har tatt et steg fra å kun identifisere beskyttelsesfaktorer, til i større grad å fokusere på den komplekse interaksjonen mellom risiko og beskyttelse, har vi fortsatt en lang vei å gå. Mer forskning på hvilke typer beskyttelsesfaktorer som beskytter under visse typer belastninger vil også være nødvendig. Mer kunnskap omkring dette hadde bidratt i utviklingen av målrettede tiltak for barn under risiko for utvikling av spesifikke problemer eller psykiske lidelser. Flere beskyttelsesfaktorer (lett temperament, sosial kompetanse, trygg tilknytning) går igjen i litteraturen som muligens de viktigste. Imidlertid indikerer ikke dette at noen beskyttelsesfaktorer nødvendigvis er mer viktige enn hva andre er. Gjennom nåværende forskning er det enda ikke helt klart om noen beskyttelsesfaktorer er viktigere enn andre. Slik informasjon vil være av høy viktighet for praksis, i form av at intervensjoner kan være målrettet mot de mest effektive beskyttelsesfaktorene. Forskjeller i graden av beskyttelse av de ulike faktorene vil derfor være et viktig område for framtidig forskning (Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010).

## 6.7 Oppsummering

Slik det kommer frem gjennom dette kapittelet kan resiliensforskning utgjøre et verdifullt utgangspunkt for utforming av forebyggende intervensjoner for praksis. Likevel står man ovenfor noen problemområder når det kommer til å bruke resiliens i praksis. Store deler av kritikken ligger på at forskere har identifisert og produsert lange lister av beskyttelsesfaktorer, i stedet for å faktisk forklare *hvorfor* de identifiserte faktorene virker beskyttende. Mange mener at fokus hos forskere bør ligge på å svare på *hva* som beskytter og *hvordan* det beskytter. For intervensjoner er det viktig å redusere eller fjerne risikofaktorer, uansett om mengden risiko er liten eller stor, og i stedet fremme positive kjedereaksjoner. Selv om resiliensforskningen har gitt oss økt kunnskap omkring hvilke faktorer som virker utviklingsfremmende og beskyttende for barn under risiko, er det fortsatt mangel på dokumentert effekt av tiltak som baserer seg på å fremme disse faktorene gjennom mer eller mindre systematiske intervensjoner. Et annet viktig spørsmål som det vies mye oppmerksomhet til i resiliensforskningen er interaksjonen mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer og hvordan deres utfall egentlig henger sammen (Waaktaar, 2012). De fleste studier på resiliens og beskyttelsesfaktorer har i stor grad vært tverrsnitt og retrospektive studier, noe som krever at framtidig forskning tar sikte på å utforme og gjennomføre mer prospektive og longitudinelle studier (Luthar & Zigler, 1991).

## 7 Trådene samles

På bakgrunn av forskning og teori foreligger det tydelige indikasjoner på at barn som vokser opp i hjem hvor foreldre har psykiske lidelser er i en forhøyet risiko for negativ utvikling. I lang tid har disse såkalte ”usynlige barna” blitt oversett i litteraturen, dette muligens at de har kommet i skyggen av sine syke foreldre, men også grunnet deres overaskende gode fungeringsevne. Hensikten i denne oppgaven har nettopp vært å synliggjøre ”de usynlige barna” gjennom en litteraturstudie og drøfte hvilke implikasjoner eksisterende teori kan ha for framtidig praksis. I lys av dette har problemstillingen for denne oppgaven vært hvordan disse barna overkommer de store belastningene de utsettes for, og hva kunnskapen om disse barna kan bidra med når det kommer til utviklingen av tiltak og intervensjoner for barn i risiko. Problemstillingen var som følger;

**Hvordan kan beskyttelsesfaktorer bidra til at barn av psykisk syke foreldre opplever tilfredsstillende tilpasning, og hvordan kan kunnskap om resiliens være til nytte i pedagogisk psykologisk arbeid?**

Slik det fremgår innledningsvis er psykiske lidelser mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra de sosiale og kulturelle normene i samfunnet. Psykiske lidelser kan medføre subjektive plager for den som opplever det, men også for andre i individets nærvær. Depresjon og angst er blant de vanligste psykiske lidelsene og det anslås at store deler av befolkningen vil oppleve en eller annen form for psykisk lidelse i løpet av livet. Deres epidemiologi er omdiskutert, men man har likevel kommet til en viss enighet om at det trolig skyldes et kompleks samspill mellom biologiske og miljømessige faktorer. Sårbarhetsmodellen (vedlegg 1) legges frem som en illustrasjon på nettopp dette. Psykiske lidelser hos foreldre øker sannsynligheten for negativ utvikling hos barn, og barna utsettes ofte for kumulative risikofaktorer. Både depresjon og angst kan utgjøre betydelige konsekvenser for barna. Hvordan den psykiske lidelsen påvirker barnet er avhengig av hvordan sykdommen utspiller seg. Eksempelvis blir det trukket frem at lidelsens alvorlighet og varighet er noe som må tas i betraktning når man vurderer barnets risikosituasjon. I tillegg har foreldrefungering og ekteskapelig fungering blitt trukket fram, og som til en viss grad kan være med på å forutsi hvor påvirket barnet vil være av lidelsen. Videre redegjøres det for barnets alder, og at sårbarheten kan variere i ulike perioder og ulike aldre. Hvordan barnet kommer ut av situasjon vil imidlertid være avhengig av fenomenet resiliens.

Resiliens viser til prosessen hvor barn viser tilfredsstillende tilpasning til tross for belastninger eller truende situasjoner som normalt ville ført til at man bøyd etter. Det er viktig å påpeke at resiliens ikke absolutt, men kan forandre seg etter forholdene. I dette ligger en viktig implikasjon i at alle barn til tider kan være sårbare, og selv om man har vist resilient tilpasning i en situasjon, så medfører ikke dette at man viser resiliens i alle type situasjoner. Resiliens utvikles gjennom et komplekst samspill mellom barnet- og miljøets egenskaper. Gjennom resiliensforskningen, deriblant Kauai-studien har man identifisert en rekke beskyttende faktorer som stadig går igjen hos barn i risiko. Dette gjelder særlig individuelle, familie- og miljømessige faktorer. I den forstand risikofaktorer øker sannsynligheten for negative hendelser, tjener beskyttelsesfaktorene for å minke denne sannsynligheten. Temperament blir trukket fram som en viktig faktor hos barnet. Det å inneha et lettere temperament virker trolig beskyttende for barn i risiko. Dette siden et typisk lettere temperament fremprovoserer positive reaksjoner fra omgivelsene. I tillegg viste det å inneha sosial kompetanse seg som en viktig beskyttelsesfaktor. Gjennom Kauai-studien kom det fram at de resiliente barna er godt likt blant venner og jevnaldrende, og en årsak til dette kan nettopp være deres ferdigheter når det kommer til sosial kompetanse. Sosial kompetanse kjennetegnes ved barnets kunnskap, ferdigheter og holdninger gjør det mulig å etablere og ikke minst vedlikeholde sosiale relasjoner. I tillegg er sosial kompetanse en forutsetning for sosial mestring, og oppnåelse av aksept i gruppen, og ikke minst etableringen av nære relasjoner og vennskap. Når det kommer til beskyttelsesfaktorer i familien er det særlig foreldrefungering som utpeker seg. De resiliente barna har som ofte muligheten til nær tilknytning med minst én av foreldrene hvor de får en stabil omsorg og oppmerksomhet gjennom de første leveårene. Det har vist seg at omsorg i barnets tidlige leveår predikerer senere resiliens hos barnet. I tilfeller hvor begge foreldre ikke er til stede grunnet psykiske lidelser, har andre som søsken, besteforeldre eller annen familie blitt nevnt. Også andre i det ytre miljøet kan fungere som erstatning, her nevnes viktigheten av særlig venner og lærere da disse fungerer som gode rollemodeller og veiledere for barna.

Barn av psykisk syke klarer seg godt til tross for belastningene i deres livssituasjon. En mulig forklaring på hvordan de klarer å overvinne risikoen redegjøres i lys av Antonovskys (1987) "*Sense of Coherence*". Det er delte meninger når det gjelder om SOC kan benyttes når det gjelder barn. Likevel synes det å knytte de tre begrepene *forståelighet*, *håndterbarhet* og *mening* til beskyttelsesfaktorer, å gi en bedre forklaring på hvorfor noen barn klarer seg til tross for risiko. Det at barn klarer å sette situasjonen i sammenheng, vil ifølge Antonovsky

være avgjørende for hvordan de klarer seg i livet. Barnet må først og fremst forstå situasjonen det befinner seg i, slik at denne oppleves som strukturert. Det må videre ha tro på at det kan komme fram til ressurser som vil føre til håndtering av situasjonen. For at det videre skal gi mening, må barnet være delaktig og ikke minst engasjere seg i situasjonen.

Resiliensforskningen førte med seg et paradigmeskifte hvor fokus fra å studere risiko og hva som fører til sykdom endret seg til i større grad å studere hva som fører til at mennesker opprettholder god helse. Dette skifte fra patogenetisk til salutogenetisk tenkning, førte med seg et ytterligere skifte på synet omkring forebyggende tiltak og hvordan implementere disse. Man har i større grad begynt å fokusere på forebyggende tiltak, framfor kun kriseintervensjon når problemene først har oppstått. For å i det hele tatt kunne snakke om forebyggende tiltak, er det først og fremst viktig å identifisere *hvem* som trenger hjelp og unngå en ”vente å se an-holdning”. Siden skolen som arena spiller en fundamental rolle i barns liv og senere utvikling, vil den som instans ha en viktig funksjon. I tillegg har PPT en fremtredende rolle her, da den som tjeneste skal bistå barnehagene og skolene i det forebyggende arbeidet. Tidlig innsats ble understreket som en viktig strategi når det kommer til det forebyggende arbeidet hvor PPT må komme tettere inn og jobbe mer systemrettet slik at både identifiseringen men også det forebyggende arbeidet kan iverksettes så tidlig som mulig. Å ta sikte på å redusere risikofaktorer slik at disse ikke utvikler seg til negative kjedereaksjoner, ettersom en risikofaktor sjeldent opptre alene, bør være en prioritet. Dette betyr at i stedet for å ”reparere” allerede eksisterende problemer eller lidelser, bør fokus være på å fremme barnets psykososiale ressurser, mer konkret fremme positive kjedereaksjoner. Tiltak som skaper situasjoner og kontekster som nødvendiggjør positive reaksjoner og personlige egenskaper, bør betraktes som en fruktbar strategi. Gjennom å legge til rette for faglig og sosial mestring kan barnets ”self-efficacy” styrkes. At barnet har en forventning om mestring vil trolig kunne bidra til at utfordringer og vanskelige situasjoner vil kunne virke overkommelige. Siden resiliens nettopp hviler på gode relasjoner vektlegges betydningen av å fremme allerede eksisterende relasjoner i barnets miljø, eller bidra til utviklingen av nye da disse kan kompensere for manglende foreldrefungering.

For å kunne løfte frem ”de usynlige barna” er det nødvendig med økt kunnskap omkring hvilke implikasjoner resiliens kan gi for praksis. Vi har fortsatt en lang vei å gå når det gjelder å forstå dette komplekse fenomenet. Barna som lenge i litteraturen og forskningen har blitt oversett, har endelig kommet i fokus. Forskning omkring resiliens bør være en prioritet i

framtiden og vi bør strebe etter en enda bedre forståelse av hva som bidrar til tilfredsstillende tilpasning i møte med risiko eller motgang. En slik forståelse vil kunne gi en mer detaljert kunnskap omkring hvilke faktorer og prosesser som gjør at enkelte overvinner risiko og kan være nyttig for andre som står ovenfor lignende situasjoner. Et skifte fra hva som fører til sykdom og sårbarheter til en mer optimistisk og positiv tankegang vil trolig kunne føre med seg ny drivkraft til utviklingen av forebyggende tiltak og behandling. For at resiliens skal bli et verdifullt konsept må det være forankret i et grunnleggende teoretisk rammeverk som belyser forståelsen av årsakssammenhenger og prosesser som former individuell utvikling over tid, og på tvers av kontekster.



# Litteraturliste

- Aalbæk, T., & Glistrup, S. (1997). Børn av psykisk syke forældre. En undersøgelse af relationen mellom psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Aamodt, L. & Aamodt, I. (2005). Tiltak for barn med psykisk syke foreldre. Rapport. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør. Oslo.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed). Washington, D.C.: London: American Psychiatric Publishing.
- Anthony, E.J. (1987). Risk, Vulnerability, and Resilience. I E. J. Anthony, & B.J. Cohler (Red.), *The Invulnerable Child*. (s. 3-48). New York: The Guildford Press.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Beardslee, W.R. (1984). Familial Influences in Childhood Depression. *Pediatric Annals*, 13(1), 32-36.
- Beardslee, W.R. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the family*. New York: Little, Brown.
- Beidel, D.C, & Turner, S.M (1997). At Risk for Anxiety: I. Psychopathology in the Offspring of Anxious Parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1999). What Keeps People Healthy? The Current State of Discussion and the Relevance of Antonovsky's Salutogenic Model of Health. *Research and Practice for Health Promotion*, 4, 1-132.

- Berg-Nielsen, T.S., Vikan, A., & Dahl, A.A. (2002). Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552). London: SAGE Publications.
- Biederman J, Faraone S, Hirshfield B.D., Friedman, D., Robin, J.A., & Rosenbaum, J.F (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorders and major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 49–57.
- Borge, A.I. H. (2010). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brent, D., & Weersing, V.R. (2008). Depressive disorders in childhood and adolescence. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J.S. Stevenson, E.A. Taylor & A. Thapar (Red.), *Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 587-612). Oxford: Blackwell Publishing.
- Brooks, R.B. (2005). The Power of Parenting. I S. Goldstein, & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children*. (s. 297-336). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Børve, T.A., & Dalgard, O.S. (2000). Depresjoner. I L. Weisæth, & O.S. Dalgard (Red.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s. 237-258). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cox, A.D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Assosiation for Child Psychology and Psychiatry*, 28(6), 917-928.
- Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990). Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 82, 228-232.
- Decard, K.D., Ivy. L., Smith, J. (2005). Resilience in Gene-Enviroment Transactions. I: S. Goldenstein., & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children*. (s. 49- 63). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- deVries, M.W. (1984). Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa. *American Journal of Psychiatry*, 141(10), 1189-1194.

- Duncan, S., & Reder, P. (2001). Children's experience of major psychiatric disorder in their parent: An overview. I P. Reder, M. McClure & A. Jolley (Red.), *Family matters: Interfaces Between Child and Adult Mental Health*. (s. 85-97). London: Routledge.
- Eriksson, I., Cater, Å., Andershed, A.K., & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 477-482.
- Feldman, R.A., Stiffman, A.R., & Jung, K.G. (1987). *Children at Risk: In the Web of Parental Mental Illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Fellow-Smith, L. (2001). Impact of parental anxiety disorder on children. I P. Reder, M. McClure & A. Jolley (Red.), *Family matters: Interfaces Between Child and Adult Mental Health*. (s. 96-106) London: Routledge.
- Fisher, L., Kokes, R., Cole, R.E., Perkins, P.M., & Wynne, L.C. (1987). Competent Children at Risk: A study of Well-Functioning Offspring of Disturbed Parents. I I E. J. Anthony, & B.J. Cohler (Red.), *The Invulnerable Child*. (s. 211-228). New York: The Guildford Press.
- Gammon, G.D. (1983). Blue Parent, Disturbed Child: Correlation Shown. *Journal of the American Medical Association*, 249, 11-12.
- Garnezy, N. (1983). Stressors of Childhood, I: N. Garnezy, & M. Rutter (Red.), *Stress, Coping and Development in Children*. (s. 43-84). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gjelsvik, B. (2007). Forebygging og resiliens. I A.I.H. Borge (Red.), *Resiliens i praksis. Teori og empiri I et norsk perspektiv*. (s. 27-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet...har de vondt av- Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.

- Goldberg, D., & Goodyer, I. (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. Routledge: New York.
- Goldstein, S., & Brooks, R.B. (2005). *Why Study Resilience*. I: S. Goldstein, & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children*. (s. 3-15). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Gotlib, I.H., & Hammen, C.L. (2014). Introduction. I: I.H. Gotlib, & L.C. Hammen (Red.), *Handbook of Depression*. (s. 1-3). New York: The Guildford Press.
- Grych, J.H., & Fincham, F.D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290).
- Hankin, B.L., & Abela, J.R. (2005). Depression From Childhood Through Adolescence and Adulthood: A Developmental Vulnerability and Stress Perspective. I B.L. Hankin, & J.R. Abela (Red.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. (s. 245-288). California: Sage Publications, Inc.
- Hass, M., Allen, Q., & Amoah, M. (2014). Turning points and resilience of academically successful foster youth. *Children and Youth Services Review*, 44, 387-392.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999-2006): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjekket for 1998*. St.meld. nr. 63 (1997-98) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirke departementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. ...sammen om psykisk helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heyerdahl, K. (2000a). Omsorgssvikt. I L. Weisæth, & O.S. Dalgard, (Red.) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s.145-161). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heyerdahl, K. (2000b). Psykiske lidelser hos barn og unge. I L. Weisæth, & O.S. Dalgard, (Red.) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s. 162-202). Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005) Vulnerability-Stress Models. I B.L. Hankin, & J.R. Abela (Red.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. (s. 32-46). California: Sage Publications, Inc.

Institutt for Pedagogikk (2015). *PED4100- Teori og praksis-Pedagogisk-psykologisk rådgivning*. Hentet: 23.04.15

URL: <http://www.uio.no/studier/emner/uv/iped/PED4100/index.html>

Kaplan, H.B. (1999). Toward an Understanding of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. I M.D. Glantz, & J.L. Johnson. (Red.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptions*. (s. 17-83). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Kaplan, H.B. (2005). Understanding the Concept of Resilience. I S. Goldstein, & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children*. (s. 39-47). New York: Springer Science + Business Media, Inc.

Kauffman, C., Grunebaum, H., Cohler, B., & Gamer, E. (1979). Superkids: Competent Children of psychotic mothers. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1398-1402.

Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kringelen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098.

Kringelen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kumpfer, K.L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience. The Resilience Framework. I M.D. Glantz, & J.L. Johnson. (Red.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptions*. (s. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Kunnskapsdepartementet. (2010-2011). *Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. St.meld. nr. 18 (2010-

- 2011). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I: T. Lund. (Red.). *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 19-78).
- Lande, S.B., & Lande, B. (2000) Barns utvikling av motstandskraft og sårbarhet. I Weisæth, L., & Dalgard, O.S. (Red.) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s. 81-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2014) Salutogenese og psykiske helseproblemer- en kunnskapsoppsummering. I: *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 1*, 1-40.
- Leadbeater, B., Dodgen, D., & Solarz, A. (2005). The Resilience Revolution. A Paradigm Shift for Research and Policy. I R.D. Peters, B. Leadbeater & R.J. McMahon (Red.), *Resilience in Children, Families and Communities. Linking Context to Practice and Policy*. (s. 47-59). New York: Kluwer Academic.
- Lefley, H.P. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*. California: Sage Publications, Inc.
- Lemery, K.S., & Doegler, L. (2005). Genetic Vulnerabilities to the Development of Psychopathology. I B.L. Hankin, & J.R. Abela (Red.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. (s. 161-198). California: Sage Publications, Inc.
- Luthar, S.S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and Competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry Association*, 61,(1), 6-22.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000a). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000b) The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S.S., & Zelazo, L.B. (2003). Research on Resilience: An Integrative Review. I Luthar,

- S.S. (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context of Childhood Adversities* (s. 510-549). Cambridge: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. I D. Cicchetti, & D.J. Cohen, (Red.), *Developmental Psychopathology: 3 Risk, Disorder, and Adaption* (s. 739-795). New Jersey: Hoboken.
- Masten, A.S., & Powell, J.L. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy and Practice. I Luthar, S.S. (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context of Childhood Adversities* (s. 1-25). Cambridge: Cambridge University Press.
- Masten, A.S., & Monn, A.R. (2015). Child and Family Resilience: A Call for Integrated Science, Practice, and Professional Training. *Family Relations*, 64(1), 5-21.
- Mathiesen, K.S., & Prior, M. (2006) The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(4), 357-387.
- Mevik, K. & B. E. Trymbo. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitets forlaget.
- Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8, Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (2003). *Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser*. NOVA 2003:4. Oslo: Allkopi/GCS.
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Olsen, M.I., & Traavik, K.M. (2010). *Resiliens i skolen. Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge. Teori og tiltak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oslo kommune (2015). Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Hentet: 23.04.15
- URL: <https://www.oslo.kommune.no/skole-og-utdanning/sarskilt-undervisning/ppt-og-spesialundervisning/pedagogisk-psykologisk-tjeneste-ppt/>
- Pless, I.B., & Stein, R.K. (1994). Intervention research: Lessons from research on children with chronic disorders. I R.J. Hagerty, L.R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Red.),

- Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions.* (s. 317-353). Cambridge: University Press.
- Pollack, W.S. (2005) Sustaining and Reframing Vulnerability and Connection: Creating Genuine Resilience in Boys and Young Males. I S. Goldstein, & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children.* (s. 65-77). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Rolf, J.E., & Johnson, J.L. (1999). Opening Doors to Resilience Intervention for Prevention Research. I M.D. Glantz, & J.L. Johnson. (Red.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptions.* (s. 229-249). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children, I: *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatric*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1990a). Commentary: Some Focus and Process Considerations Regarding Effects of Parental Depression on Children. *Developmental Psychology*, 26(1), 60-67.
- Rutter, M. (1990b). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Red.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology.* (s. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1997). *Den livslange utvikling.* Hans Reitzels Forlag.
- Rutter, M. (2000). Resilience Reconsidered: Conceptual Condsiderations, Empirical Findings, and Policy Implications. I J.P. Schonkoff, S.J. Meisels (Red.), *Handbook og Early Childhood Intervention.* (s. 651-682). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sagy, S., & Antonovsky, H. (2001). The Development of the Sense of Coherence: A Retrospectative Study of Early Life Experiences in the Family. *The international journal of aging and human development*, 51(2), 155-166.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (1990). Transactional regulation and eraly intervention. I

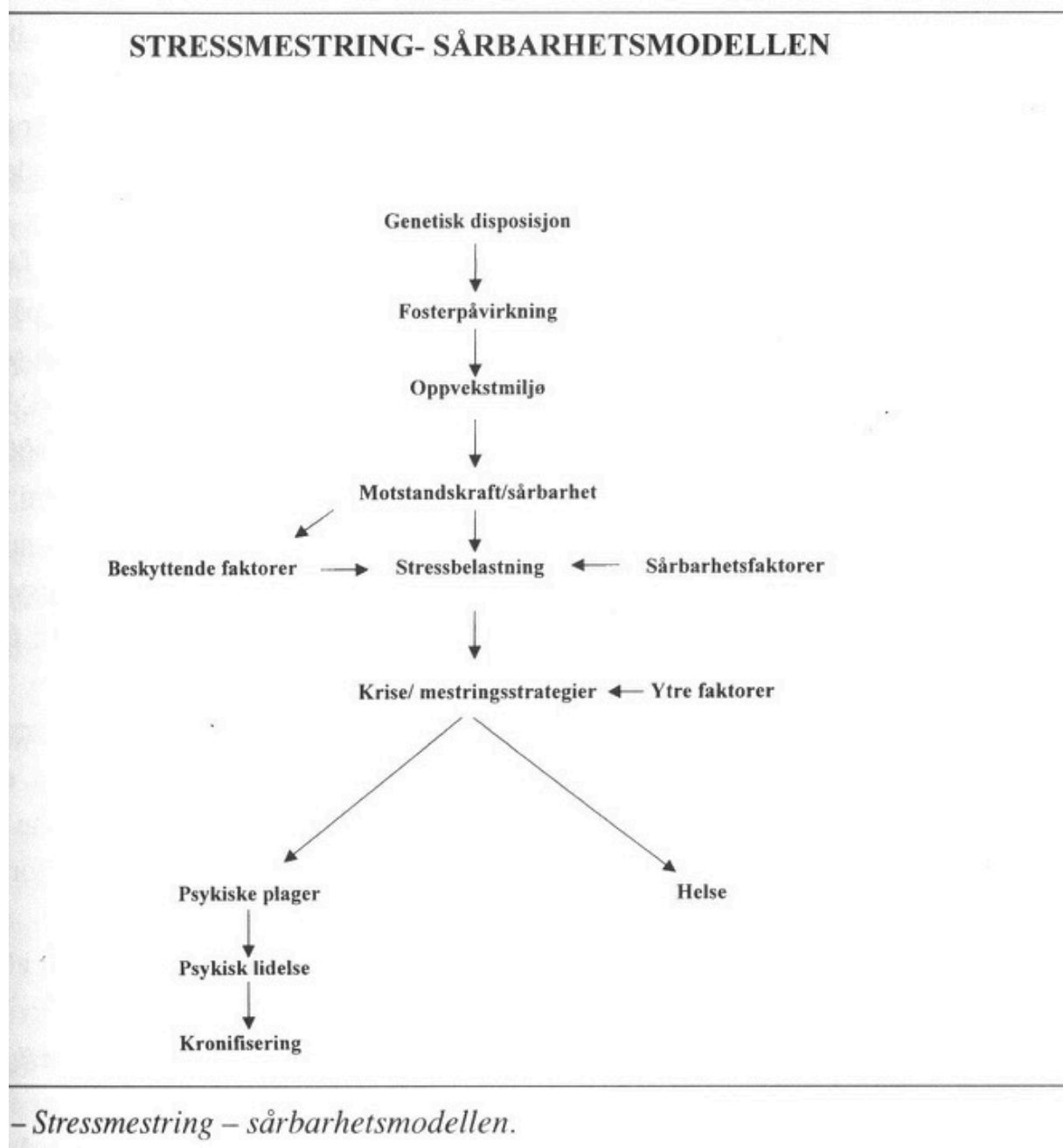


- Meisels, S.J., & Shonkoff, J.P. (Red.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (s. 119-149). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A., Gutman, L.M., & Peck, S.C. (2003). Adaption among Youth Facing Multiple Risks- Prospective Research Findings. I Luthar, S.S. (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context og Childhood Adversities* (s. 364-391). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model of development: How children and contexts shape each other. *American Psychological Association*, 3-21.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience. Adaptations in Changing Times*. New York: Cambridge University Press.
- Schultz-Jørgensen, P., Egelund, B.E., & Hermann, D. (1993). *Risikobørn. Hvem er de-hvad gør vi?* København: Socialministeriet/Det Tværministerielle Børneudvalg.
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (2009). *Motivation and self-regulated learning: Theory, research and applications*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seifer, R. (2003). Young Children with Mentally Ill Parents: Resilient Developmental Systems. I Luthar, S.S. (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context og Childhood Adversities* (s. 29-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Skerfving, A. (1996). Barn till psykiskt störda föräldrar : sårbarhet, risker och skyddande faktorer : en kunskapssammanställning. Bromma: Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Smith, C., & Carlson, B.E. (1997). Stress, Coping, and Resilience in Children and Youth. *Social Service Review*, 71(2), 231-256.
- Smith, L., & Ulvund, S.E. (2006). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smokowski, P. R., Reynolds, A. J., & Bezruckzo, N. (1999). Resilience and Protective Factors in Adolescence: An Autobiographical Perspective From Disadvantaged Youth. *Journal of School Psychology*, 37(4), 425-448.
- Sørli, M.A., Hagen, A.K., & Ogden, T. (2008). Social Competence and Antisocial Behavior:

- Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18,(1), 121-144.
- Torsheim, T., Aarøe, L.E., Wold, B. (2001). Sense of Coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science & Medicine*, 53, 603-614.
- Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Rapport 2011:4, Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Waaktaar, T., Christie, H.J., Borge, A.I.H., & Torgersen, S. (2004). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 167-183.
- Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2008). *Styrk Sterke Sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Waaktaar, T. (2012). Resiliensforskning: Hvordan kan kunnskap fra dette feltet bidra til utviklingsfremmende arbeid i skolehelsetjenesten og med skolen som arena? I K. Olaisen (Red.) *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. (s. 276-283). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Weisæth, L. (2000). Sentrale begreper og definisjoner. I Weisæth, L., & Dalgard, O.S. (Red.) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s. 3-24). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weisæth, L., & Ruud, T. (2000) Angstlidelser. I L. Weisæth, & O.S. Dalgard (Red.) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. (s. 259-276). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. I S.J. Meisels, & J.P. Shonkoff, (Red.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (s. 97-113). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

- Werner, E. E., & Johnson, J.L. (1999). Can We Apply Resilience? I M.D. Glantz, & J.L. Johnson. (Red.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptions*. (s. 259-268). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience, and Recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Wickramaratne, P.J., & Weissman, M.M. (1998). Onset of psychopathology in off-spring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 933-942.
- Williams, N.L., Reardon, J.M., Murray, K.T., & Cole, T.M. (2005). Anxiety Disorders: A Developmental Vulnerability-Stress Perspective. I B.L. Hankin, & J.R. Abela (Red.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. (s. 289-327). California: Sage Publications, Inc.
- Wright, O.M., & Masten, A.S. (2005). Resilience Processes in Development. I S. Goldstein, & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children*. (s. 17-37). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease 2004*. Hentet 26.02.15  
URL:[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
- World Health Organization. (2015). ICD-10: *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10.utg. norsk utgave). Oslo: Helsedirektoratet.
- Zimmerman, M.A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency Research: Implications for School and Policy. *Social Policy Report* 8,(4),1-20.

# Vedlegg



Figur 1.2 Sårbarhetsmodellen (Weisæth, 2000:17)